

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Efetividade da Enfermagem de Reabilitação no
Cuidar à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica

Sara Cristina Tavares Varão, nº 5910

Lisboa

2019

A large, decorative green swoosh graphic that starts from the bottom right and curves upwards and to the left, ending near the center of the page.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Efetividade da Enfermagem de Reabilitação no
Cuidar à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica


Sara Cristina Tavares Varão, nº 5910

Orientadora: Professora Cristina Saraiva

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in various shades of green.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo o mundo vê.”

Arthur Schopenhauer (s.d)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Professora Cristina Saraiva, pelo rigor e perfeccionismo com que orientou este percurso de aprendizagem, bem como pela sua contínua disponibilidade e atenção.

Às Sr^{as}. Enfermeiras Elizabete Amaral e Susana Mendes, pela sensibilidade e pelos saberes transmitidos durante a orientação.

Aos colegas de trabalho, pela paciência e ajuda nos inúmeros pedidos de trocas, assim como à chefia do Serviço Cardiologia do Hospital de Santa Marta, pela facilidade e adaptação do horário.

Aos colegas de curso, pela disponibilidade para ouvir os desabafos, desânimos e sucessos.

À minha mãe e à minha avó, por ajudarem a manter em ordem a vida doméstica, incentivando a perseguição de um sonho e a valorização pessoal e profissional.

À restante família pelo apoio demonstrado.

A todos, o meu sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado

APAV – Associação Portuguesa de Apoio À Vítima

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de vida diária

CAT - *COPD Assessement Test* (CAT)

CEEER - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

COPD-GRIP - *Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Guidance, Research on Illness Perception*

CS – Controlo de Sintomas

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EF – Estado Funcional

GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

IOM – *Institute of Medicine*

LCADLS - *London Chest Activity Daily Living Scale*

MCDT – Meios complementares diagnóstico e tratamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PBE – Prática Baseada na Evidência

PEF – Pico de Fluxo Expiratório

QVRS - qualidade de vida relacionada com a saúde

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RFM - Reeducação Funcional Motora

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

VNI – Ventilação não-invasiva

RESUMO

A contínua redução da doença e incapacidade, através da melhoria da saúde e da funcionalidade deveria ser um dos propósitos adotados pelas organizações. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica foi responsável por 8190 internamentos, esteve presente em 2069 pessoas submetidas a ventilação não invasiva e correspondeu a 14,05% dos internamentos por causa respiratória, o que se traduz num impacto económico e na qualidade de vida da pessoa.

Procurou-se estudar a efetividade da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação face à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, uma vez que é considerada uma necessidade de investigação emergente. Adotou-se como construtos teóricos o *Nursing Role Effectiveness Model* de Doran e a Teoria do Autocuidado de Orem.

Definiram-se 17 objetivos que procuravam responder ao desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à problemática. Na abordagem à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, constataram-se ganhos ao nível do controlo sintomático: melhoria da dispneia, fadiga e ventilação, redução de secreções e do valores do COPD Assessment Test e do Pico de Fluxo Expiratório. Ao nível do Autocuidado e do Estado Funcional objetivaram-se ganhos como maior autonomia nas atividades de vida diária e na gestão do regime terapêutico e um conhecimento efetivo sobre a saúde e doença. Na abordagem da pessoa com outras alterações, também se obteve ganhos: melhoria do défice neurológico, dificuldades comunicacionais, marcha, desempenho no autocuidado, força muscular, tolerância ao esforço e dor.

O percurso revelou-se transformador do ser profissional e pessoal, através do desenvolvimento das competências comuns e específicas.

Palavras-Chave: Efetividade, Enfermeiro de Reabilitação, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ABSTRACT

The continued reduction of disease and disability through improved health and functionality should be one of the purposes adopted by organizations. Chronic Obstructive Pulmonary Disease was responsible for 8190 hospitalizations, was found in 2069 people submitted to non-invasive ventilation and corresponded to 14.05% of hospitalizations from respiratory causes, which impacts both economy and the individual's quality of life.

The study falls into the effectiveness of the intervention of the Specialist Nurse within the Nursing for Rehabilitation activity on the individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, since it is considered as an emergent topic for research. Doran's Nursing Role Effectiveness Model and Orem's Self-Care Theory were taken as theoretical background.

Seventeen (17) objectives were defined in order to answer to the development of the Specialist Nurse skills in rehabilitation nursing. When approaching an individual with chronic obstructive pulmonary disease, improvements in the symptomatic control were verified: improvement of dyspnea, fatigue and ventilation as well as reduction of secretions, COPD Assessment Test values and Expiratory Flow Peaks. In what concerns Self-Care and better Functional Status outcomes in daily activities and the management of the therapeutic regimen was aimed. In addition to these, effective knowledge on health and disease was also considered. When approaching individuals with other changes, some gains were also obtained: improvement of the neurological deficit, communication difficulties, gait, self-care performance, muscular strength, tolerance to effort and pain.

The path proved to be a life changer both on a professional and personal level from the development of both common and specific competences.

Keywords: Effectiveness, Rehabilitation Nurse, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	11
1. Desenvolvimento de Competências	11
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	11
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	21
1.2.1. Diagnóstico das alterações, concepção e implementação de programas de reabilitação	22
1.2.2. Avaliação do impacto dos programas de reabilitação	24
1.2.3. Treino de Atividades de vida diária e reinserção social	26
1.2.4. Cuidados de reabilitação à pessoa com alteração das funções sensoriais, cognitivas e motoras	28
2. Aplicabilidade do Projeto	30
2.1. Aplicabilidade do Projeto num serviço de Pneumologia	31
2.2. Aplicabilidade do Projeto numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados	37
2.3. Outras Atividades Realizadas	43
CAPÍTULO II. CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
Apêndice 2 – Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	
Apêndice 3 - Cronograma	
Apêndice 4 – Descrição dos Locais de Estágio	
Apêndice 5 – Jornal de Aprendizagem 1	
Apêndice 6 – Jornal de Aprendizagem 2	
Apêndice 7 – Jornal de Aprendizagem 3	

Apêndice 8 – Jornal de Aprendizagem 4
Apêndice 9 – Jornal de Aprendizagem 5
Apêndice 10 – Jornal de Aprendizagem 6
Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem 7
Apêndice 12 – Jornal de Aprendizagem 8
Apêndice 13 – Jornal de Aprendizagem 9
Apêndice 14 – Jornal de Aprendizagem 10
Apêndice 15 – Jornal de Aprendizagem 11
Apêndice 16 – Jornal de Aprendizagem 12
Apêndice 17 – Plano de Cuidados 1
Apêndice 18 – Plano de Cuidados 2
Apêndice 19 – Plano de Cuidados 3
Apêndice 20 – Plano de Cuidados 4
Apêndice 21 – Trabalhos submetidos nas IV Jornadas Cuidados Respiratórios

ANEXOS

Anexo 1 - *Nursing Role Effectiveness Model*

Anexo 2 - *London Chest Activity Daily Living Scale* (versão portuguesa)

Anexo 3 – *COPD Assessment Tool* (versão portuguesa)

Anexo 4 – Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Pneumologia

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. M.	34
Figura 2. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. A.	36
Figura 3. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. J.	40

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Objetivos de diagnóstico, concepção e implementação de programas	22
Tabela 2. Objetivos de avaliação do impacto dos programas de reabilitação	24
Tabela 3. Objetivos relativos ao treino das atividades vida diária e reinserção social	26
Tabela 4. Problemas iniciais do Sr. M.	32
Tabela 5. Problemas iniciais do Sr. A.	34
Tabela 6. Problemas iniciais do Sr. J.	37
Tabela 7. Problemas iniciais da Sr ^a . E.	40

INTRODUÇÃO

No início do século XXI, foram estabelecidos seis padrões que os cuidados de saúde deveriam assumir, devendo ser seguros, efetivos, centrados na pessoa, oportunos, eficientes e equitativos (Institute of Medicine [IOM], 2001). Por conseguinte, as organizações e os grupos profissionais devem adotar como propósito a contínua redução da doença e incapacidade, melhorando a saúde e a funcionalidade das pessoas (IOM, 2001). Assim, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEEER) identificou áreas de investigação emergentes e prioritárias. Uma das áreas consideradas emergentes, a curto prazo, foi a investigação relativa à **efetividade das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER)** (Assembleia do CEER, 2015). Por outras palavras, o CEEER considerou emergente comprovar os **resultados/ganhos oriundos das intervenções do EEER**.

O termo “**efetividade**” refere-se ao cuidado que é baseado no uso de evidência adquirida, para determinar se uma intervenção (preventiva, diagnóstica ou terapêutica) produz melhores resultados que a alternativa (incluindo a alternativa de não intervir de todo) (IOM, 2001). Assim sendo, afirmar que uma intervenção é efetiva implica uma justificação suportada na evidência. A melhor evidência refere-se a investigações clínicas relevantes, especialmente as investigações centradas na pessoa, sobre a exatidão e precisão de testes de diagnóstico (incluindo as avaliações e observações clínicas), sobre indicadores preditivos ou sobre a eficácia e segurança de programas preventivos, terapêuticos ou de reabilitação (IOM, 2001).

Paralelamente, o cuidado efetivo deve garantir o uso de bases que sejam relevantes do ponto de vista científico. Assim, a evidência pode surgir de 4 tipos de investigação: experiências laboratoriais, ensaios clínicos, estudos epidemiológicos e estudos de resultados/ganhos. A investigação sobre resultados/ganhos usa informações sobre o quão bem funcionam os tratamentos nos contextos da prática clínica, possibilitando que as suas descobertas sirvam de base a *guidelines* sobre a prática dos cuidados (IOM, 2001). Nesta ótica, os resultados sensíveis à enfermagem surgem sempre que a mudança na condição das pessoas pode ser justificada por uma ligação empírica entre essa e as intervenções de enfermagem. Assim, muitos dos resultados da pessoa são sensíveis aos cuidados de

enfermagem, uma vez que a prática de enfermagem preocupa-se em diagnosticar e intervir perante a resposta da pessoa à doença e ao tratamento (Doran, 2011).

Perante isto, e dado o interesse pessoal na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), optou-se por realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em ER e, decidiu-se realizar um projeto que permitisse aprofundar e comprovar a efetividade da intervenção do EEER (aliando assim ao interesse pela área da gestão em enfermagem). Especificamente, decidiu-se aprofundar os ganhos oriundos da sua intervenção face à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (**DPOC**), intitulado o projeto como “Efetividade da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”.

A DPOC é uma doença prevenível, tratável, que se caracteriza por sintomas respiratórios persistentes, com limitação do fluxo aéreo (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2019). O risco de desenvolvimento relaciona-se com a presença dos seguintes fatores: tabaco, poluição do ambiente, exposição ocupacional (agentes químicos), fatores genéticos (deficiência hereditária alfa-1 anti-tripsina) ou a idade e sexo. O risco de DPOC aumenta face: a qualquer fator que afete o crescimento pulmonar (na gestação e infância), ao reduzido estatuto socioeconómico, à presença de hiperreatividade respiratória ou perante história de infeções respiratórias na infância (GOLD, 2019). Assim, o diagnóstico da DPOC deve ser considerado quando a dispneia é persistente e progressiva, a tosse crónica é intermitente e não-produtiva (associada a recorrente pieira) ou na presença crónica de secreções. A presença de infeções recorrentes do trato respiratório inferior, fatores de risco ou história familiar de DPOC também devem ser ponderadas. O diagnóstico é feito pós realização de espirometria (GOLD, 2019).

A avaliação da DPOC tem como objetivos: determinar a gravidade da limitação do fluxo respiratório, avaliar o impacto na saúde da pessoa e estimar o risco de futuros eventos. A classificação da gravidade da obstrução do fluxo é feita face ao desempenho na espirometria, através da denominação GOLD 1, GOLD 2, GOLD 3 ou GOLD 4, e após a administração da dose adequada de broncodilatador de curta ação. Na **GOLD 1**, o volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) é superior ou igual a 80% do previsto – DPOC suave. Na **GOLD 2**, o FEV1 situa-se entre os 50% (inclusive) e os 80% – DPOC Moderada. Na **GOLD 3**, o FEV1 corresponde a um valor superior ou igual a 30% e inferior a 50% – DPOC Grave. Por fim, na **GOLD 4**, o FEV1 é inferior a 30% - DPOC Muito grave (GOLD, 2019). Para a avaliação dos sintomas pode-se avaliar a dispneia, através do *Modified British*

Medical Research Council Questionnaire. Contudo, é reconhecido que o impacto da DPOC na pessoa transcende a dispneia, devendo-se recorrer ao **COPD Assessment Tool** (CAT) ou ao *COPD Control Questionnaire* (GOLD, 2019).

A DPOC tem, pois, **impacto na qualidade de vida**. A dispneia e a incapacidade são os principais motivos para a pessoa procurar ajuda médica e interferem com a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Nesta ótica, surgem as estimativas que perspetivam que esta doença passe a ser a terceira causa de morte e incapacidade no mundo, em 2020 (Campos, 2006). Ao nível da Saúde, é responsável por frequentes atendimentos e por múltiplas admissões hospitalares, provocando despesas para a sociedade (Campos, 2004). A DPOC exige gastos com o seu tratamento e com a consequente diminuição da produtividade da pessoa. Os custos com tratamento incluem desde gastos com medicação até à manutenção de unidades de saúde, onde a pessoa é atendida (Campos, 2004; 2006).

Aos custos relacionados com a baixa produtividade, associam-se os gastos com mortes prematuras e pensões/benefícios. O **impacto económico** deve ser determinado tendo em conta os custos diretos (despesas médicas e não médicas) e os custos indiretos (Campos, 2004). Se se estudar o custo, consoante a gravidade da doença, verifica-se que pessoas com DPOC mais avançada acarretam maiores custos, do que as pessoas com a doença menos avançada. Desta forma, a DPOC é encarada como causa de prejuízo financeiro (Campos, 2006). É um facto que Portugal integra o grupo de países com menor mortalidade por DPOC, com uma taxa de 7,4% (647 pessoas) (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2017). Porém, em 2015, a DPOC foi responsável por 8190 internamentos, estando presente em 2069 pessoas submetidas a ventilação não invasiva (ONDR, 2017).

Em 2016, correspondeu a 14,05% dos internamentos por causa respiratória, sendo ultrapassada pelos internamentos por pneumonias bacterianas. Por esta razão, até 2020, pretende-se reduzir em 10% (face a 2014), os internamentos devido a DPOC (e Asma), que possam ser prevenidos ou tratados em centros de saúde (DGS, 2017). Uma das estratégias é a realização de reabilitação pulmonar, uma vez que esta traz benefícios às pessoas com DPOC, tendo-se demonstrado que é a estratégia mais efetiva em pessoas estáveis, sendo responsável pela redução de hospitalizações entre pessoas que tiveram recentes exacerbações (GOLD, 2019).

Tendo em conta o referido, e para responder à efetividade da intervenção do EEER face à pessoa com DPOC, recorrer-se-á ao **Nursing Role Effectiveness**

Model de Doran, que se baseia num modelo de estrutura-processo-resultados da qualidade dos cuidados de Donabedian (1980) (Doran, 2011) – Anexo 1. A Componente “Estrutura” consiste nas variáveis relacionadas com as pessoas (idade, género, doença), os enfermeiros (educação e experiência) e as organizações (colaboradores, ambiente organizacional, carga trabalho), que influenciam processo e resultados do cuidar. Para o projeto, importam as variáveis relacionadas com as **pessoas com DPOC** e o **EEER** (experiência e níveis de competência influenciadores da qualidade) (Doran, 2011).

Por sua vez, a componente do “Processo” consiste no tipo de ação desempenhado pela enfermagem, nomeadamente o independente (intervenções autónomas de enfermagem), o relacionado com cuidados médicos (cuidados médicos diretos, prática de enfermagem mais abrangente) e o interdependente (comunicação da equipa, gestão de cuidados). Assim, importa a ação independente, que engloba as atividades iniciadas por enfermeiros, como resposta aos problemas, pretendendo-se as **intervenções autónomas do EEER** (Doran, 2011).

Por fim, a componente “Resultados” refere-se aos resultados para as pessoas sensíveis à ação do enfermeiro, podendo ser diferenciados em 6 categorias: Infecções nosocomiais, Estado Funcional (EF), Autocuidado (AC), Controlo de sintomas (CS), Segurança/eventos adversos, Satisfação da pessoa. Neste projeto, pretende-se estudar 3 resultados: **CS** (dispneia e fadiga), **AC e EF** (Doran, 2011).

O conceito de “**Estado Funcional**” surgiu como um resultado particularmente importante para as pessoas, uma vez que espelha as suas perceções sobre o seu funcionamento no dia-a-dia. A manutenção ou a aquisição de capacidades para garantir a independência funcional (no cuidado pessoal, mobilidade, atividades sociais, ...) é identificada como um dos principais resultados para a prática de enfermagem avançada (Doran, 2001). EF é, assim, encarado como um constructo multidimensional, que engloba a componente comportamental (desempenho de atividades de vida diária), psicológica (disposição, vontade), cognitiva (atenção, concentração) e social (atividades relacionadas com os vários estágios de desenvolvimento). Desta forma, o EF é influenciado por fatores internos (atitude positiva/negativa, energia, características demográficas, doenças crónicas), externos (suporte social, recursos financeiros) e culturais (crenças, valores, papel do governo) (Doran, 2011). Para avaliar o EF da pessoa com DPOC pretende-se recorrer ao *London Chest Activity Daily Living Scale* (LCADLS) ou ao CAT, que se encontram nos Anexos 2 e 3.

Os sintomas desempenham um papel importante na experiência de saúde-doença (Doran, 2011). A sua manifestação indica mudanças que podem indicar alterações na saúde ou exacerbação de uma condição crónica. A gestão de sintomas implica a estratégias de AC (prescritas medicamente ou desenvolvidas com o objetivo de alívio dos sintomas). O fim da gestão de sintomas é o controlo de sintomas. Este refere-se à resolução dos sintomas presentes ou à atenuação dos mesmos. A gestão de sintomas, implementada por enfermeiros, exige passos comparáveis ao processo de enfermagem. Este começa por uma precisa apreciação da experiência dos sintomas da pessoa, seguida da seleção das intervenções apropriadas para alívio dos mesmos ou para prevenção do desenvolvimento de algum tipo de impacto (Doran, 2011). Exemplos de sintomas de que tendem a estar descontrolados na pessoa com DPOC é a dispneia e a fadiga. Para avaliar o controlo de sintomas e o seu impacto na pessoa com DPOC pretende-se recorrer ao CAT.

O AC refere-se ao foco e ao resultado dos cuidados de saúde e de enfermagem e ao desempenho de atividades e comportamentos relacionados com a saúde (Doran, 2011). Este desempenho é influenciado por fatores cognitivos, psicológicos, físicos demográficos e socioculturais (Doran, 2011). Para responder à categoria do AC, e melhor planear o plano de cuidados de reabilitação (em estágio) pretende-se recorrer à **Teoria do Autocuidado**. Segundo Orem (2001), o **AC** refere-se ao cuidado pessoal que as pessoas exigem para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, isto é, para manter o funcionamento físico e psíquico. A autora considera que condição refere-se à incapacidade das pessoas providenciarem a qualidade exigida pela satisfação do AC, devido a situações de saúde (Orem, 2001). O AC deve ser aprendido e deliberadamente desempenhado.

A **Teoria do Défice do AC** expressa a razão pela qual as pessoas necessitam de enfermagem para o seu desempenho (Orem, 2001). A teoria tem como ideia central que as condições das pessoas estão relacionadas com as limitações daquilo que conseguem fazer, sendo que estas limitações podem tornar a pessoa completa ou parcialmente incapazes de se encarregarem do AC (Ann Marriner-Tomey, 2004; Orem, 2001). Surge, então, o conceito de défice de AC, como relação entre as capacidades de ação das pessoas e as suas necessidades (Ann Marriner-Tomey, 2004). Este pode ser transitório ou permanente e pode ser eliminado, quando as pessoas têm capacidades humanas e disposições necessárias. Assim, a enfermagem torna-se legítima, quando as capacidades do cuidar são inferiores às

exigências necessárias ou se se prevê que haja diminuição das mesmas ou um aumento das necessidades do cuidado dependente (Orem, 2001).

Paralelamente, a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** sustenta que o sistema de enfermagem é produzido pelo enfermeiro, através do exercício da sua atividade para pessoas com limitações de AC, podendo diferenciar-se em Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório ou de Apoio-Educação. Por conseguinte, os enfermeiros intervêm, face às necessidades e limitações da ação, atuando pelo outro, orientado e dirigindo, fornecendo apoio psicológico e/ou físico, proporcionando um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal e ensinando (Ann Marriner-Tomey, 2004; Orem, 2001).

Esclarecidos os constructos teóricos que sustentam a realização do projeto, tornou-se necessário compreender qual o estado da arte sobre os ganhos que o enfermeiro de reabilitação pode ter face à pessoa com DPOC. Deste modo, procedeu-se a uma revisão sistematizada da literatura, tendo recorrido ao método PI[C]O para construir a seguinte questão de pesquisa “*Qual o impacto da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa com DPOC?*” (The Joanna Briggs Institute, 2011).

Realizada a pesquisa nas bases de dados, constatou-se esse impacto, através dos estudos obtidos. Weldam, et al. (2017) implementaram um tipo de intervenção, a *Chronic Obstructive Pulmonary Disease- Guidance, Research on Illness Perception (COPD-GRIP)*. Este estudo concluiu que houve uma mudança no Questionário Clínico da DPOC, após 9 meses da intervenção (Weldam, et al., 2017). A intervenção contribuiu para mudanças ao nível das perceções sobre a DPOC, da QVRS, das atividades de vida diária (AVD) e da educação para a saúde. No grupo de intervenção, verificou-se um significativo aumento no comportamento relacionado com a saúde (às 6 semanas) e no controlo pessoal (aos 9 meses). Não se verificou uma mudança significativa entre o grupo de controlo e o de intervenção (aos 9 meses) e a intervenção DPOC-GRIP não melhorou o estado de saúde em pessoas com DPOC, ao nível dos cuidados primários. Todavia, trouxe benefícios ao melhorar o controlo da doença e os comportamentos relacionados com a saúde, a curto prazo (Weldam, et al., 2017).

O segundo estudo foi desenvolvido por Cox, Macleod, Sim, Jones, & Trueman, (2017) e pretendeu avaliar a eficácia de um serviço especializado de avaliação respiratória para pessoas com DPOC, liderado por enfermeiros. Concluiu-se que o especialista em enfermagem respiratória pode servir de articulação e de elemento

referenciador das pessoas com DPOC a outros serviços (Cox, Macleod, Sim, Jones, & Trueman, 2017). Paralelamente, as competências dos especialistas foram um contributo significativo no sucesso do serviço, particularmente as capacidades de interpretar os valores das gasometrias e de administração emergente de oxigénio. Desde a introdução deste serviço, a taxa de admissão hospitalar reduziu significativamente. Porém, é difícil atribuir esta redução somente a este tipo de serviço. Outro ganho foi a educação fornecida sobre a autogestão, uma vez que as pessoas ficaram mais conscientes dos serviços existentes na comunidade. Tal possibilita a elaboração de planos de autogestão adequados, contribuindo para que as pessoas com DPOC mais facilmente procurem tratamento ao primeiro sinal de exacerbação. Por fim, pode-se referir que os enfermeiros especialistas tiveram um papel chave ao evitar admissões hospitalares, conseguindo cuidar de forma segura e efetiva e sendo capazes de prescrever tratamentos que, geridos por enfermeiros generalistas, iriam exigir admissão (Cox, Macleod, Sim, Jones, & Trueman, 2017).

Segue-se um estudo, desenvolvido por Kim, Park, Han, Kim, & Kim (2016), que pretendia avaliar a associação entre o nível de equipas de enfermagem e a taxa de readmissão de pessoas com DPOC. Os resultados demonstraram efeitos positivos dos enfermeiros face à pessoa com DPOC. A magnitude deste impacto divergiu consoante o tamanho dos hospitais. Verificou-se um aumento de readmissões nos hospitais com reduzidos números de enfermeiros. Assim, um número superior de enfermeiros por 100 camas foi significativamente associado a taxas de readmissão inferiores. O estudo apresentou algumas limitações como a não avaliação de outras características da pessoa que poderiam afetar a readmissão ou a taxa de rotatividade dos enfermeiros (Kim, Park, Han, Kim, & Kim, 2016).

Um outro estudo, desenvolvido por Bilington, Coster, Murrells, & Norman (2015), objetivava avaliar se uma intervenção de suporte, via telefone, aumentaria o bem-estar e reduziria a gravidade dos sintomas. No grupo de intervenção, o *score* do CAT diminuiu significativamente, demonstrando melhoria entre o primeiro e o segundo momento. No *score* do CAT, verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos, no segundo momento. Porém, não se verificaram mudanças significativas, ao nível das exarcebações e da satisfação, no segundo momento. O estudo revelou que a intervenção de enfermagem via telefónica é válida, em cuidados de saúde primários, podendo ajudar a melhorar a saúde das pessoas.

Champion, Hall, & Tori (2015) desenvolveram um estudo que visava avaliar o impacto da introdução de um modelo com enfermeiro de prática avançada em

doença crónica respiratória. Os dados revelaram a existência de um aumento de pessoas avaliadas com gasometrias arteriais, para identificar a necessidade de oxigenoterapia de curta duração (OCD), de 7,7% (2009) para 45% (2011). O estudo revelou que a necessidade de OCD aumentou de 26,7% para 44,4%. Os reinternamentos, no período de 28 dias pós-alta, em pessoas com OCD reduziram de 25% para 12,5%. Concluiu-se que, com a introdução do modelo de cuidados, houve aumento do número de pessoas avaliadas e a receberem OCD, redução dos reinternamentos, melhoria dos protocolos de atuação, ganhos em saúde e uma poupança financeira para o hospital estudado (Champion, Hall, & Tori, 2015).

Por fim, o estudo de Duangubpha, Hanucharunkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonri (2013) pretendia explorar a implementação de um modelo de cuidados, num programa de DPOC e comparar a diferença dos resultados das equipas com e sem enfermeiros de prática avançada. O grupo de intervenção apresentou comportamentos de AC e função pulmonar mais elevados, bem como um tempo de internamento e custos com cuidados mais baixos. Verificou-se que os enfermeiros de prática avançada podem liderar equipas, ao desenvolver competências, que capacitam as pessoas a desempenharem um AC apropriado. Os enfermeiros de prática avançada integraram outros componentes do modelo, usando *guidelines* e prestando cuidados efetivos. A articulação destes enfermeiros com os recursos da comunidade e com os restantes membros das equipas possibilitaram a criação de interações produtivas, com o objetivo da melhoria da pessoa. Por fim, a intervenção destes enfermeiros, nos programas da DPOC, resultou na melhoria da função pulmonar/comportamentos de AC, na redução de custos e no tempo internamento (Duangubpha, Hanucharunkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonri, 2013).

Face ao supracitado, definiu-se como objetivo geral do projeto “*Compreender qual a efetividade da ER no cuidar à pessoa com DPOC*” e como objetivo geral do estágio “*Desenvolver as competências necessárias ao exercício profissional da ER, em diferentes contextos*”. Definiram-se 17 objetivos específicos, que permitissem responder ao pretendido e facilitassem o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b). Nesta visão, foram delineadas atividades, que contribuíssem para o desenvolvimento dos objetivos e das competências em questão, em contextos clínicos específicos – Apêndices 1 a 3.

Relativamente aos estágios, optou-se por realizar num Serviço de Pneumologia, uma vez que mais facilmente garantiria a aplicabilidade do projeto e compreenderia

a efetividade da ER face à pessoa com DPOC. Decidiu-se também por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados, de forma a conseguir desenvolver todas as competências necessárias ao perfil do EEER. Por fim, definiu-se por um estágio de observação-participante num Serviço de Neurologia, para consolidar os aspetos relacionados com a abordagem à pessoa com alteração das funções sensoriais e cognitivas.

Finalmente, o presente relatório inicia-se com um grande capítulo “Capítulo I. Análise do Percorso de Aprendizagem”, onde constam dois pontos, “Desenvolvimento de Competências” (que inclui “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” e “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”) e “Aplicabilidade do Projeto”. Surge, depois, um segundo capítulo intitulado de “Conclusões”. Seguem-se as “Referências Bibliográficas”, os “Apêndices” e os “Anexos”. Este Relatório foi elaborado segundo a Norma APA, revista pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Setembro de 2018.

CAPÍTULO I - ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Tal como explicado, foi elaborado um projeto de estágio, onde foram definidos objetivos, atividades a realizar e o cronograma, para o desenvolvimento da temática em estudo e das competências do EEER, que consta nos Apêndices 1 a 3. Estabeleceram-se os objetivos a partir das Unidades de Competências, adotando uma ótica de avaliação da situação, de conceção de um plano de reabilitação, de implementação desse plano de e de avaliação dos resultados, de forma a dar respostas às Competências Comuns e Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a, 2010b).

Os estágios decorreram numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e num Serviço de Pneumologia, da Área de Lisboa, cujas descrição se encontram em Apêndice - Apêndice 4. Uma vez que o funcionamento de uma ECCI e a intervenção do EEER na mesma é recente, surgiu a necessidade de refletir sobre as expectativas da intervenção do EEER e sobre o impacto da ECCI e da prestação de cuidados de reabilitação, no ambiente da pessoa - Apêndice 5. Realizou-se, ainda, um estágio de observação-participante num serviço de Neurologia. O percurso de aprendizagem foi sendo construído, através de jornais de aprendizagem, de planos de cuidados e de outros trabalhos e atividades, que se encontram nos Apêndices 6 a 21.

1. Desenvolvimento de Competências

Segue-se a clarificação sobre o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do EEER. Para isso, recorreu-se à exposição e análise das experiências dos estágios, onde são explicitadas as atividades realizadas, bem como os objetivos e competências alcançadas.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Uma vez que algumas experiências de estágio serviram para o desenvolvimento de múltiplas competências e domínios em simultâneo, optou-se por não organizar o presente relatório por domínios e sim por desenvolvimento de competências. Ainda assim, manteve-se a categorização da OE (OE, 2010a). Isto é, ao Domínio da

responsabilidade profissional, ética e legal (A) correspondem as Competências A1 e A2, ao Domínio da melhoria da qualidade (B) correspondem as Competências B1, B2 e B3, ao Domínio da gestão dos Cuidados (C) correspondem as Competências C1 e C2 e, por fim, ao Domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional (D) correspondem as Competências D1 e D2.

Desta forma, explicitando o desenvolvimento dos objetivos e das competências estará implícito o desenvolvimento dos domínios.

- Competências A1 e D1: *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e desenvolve autoconhecimento e assertividade*

O desenvolvimento das Competências A1 e D1 encontra-se pormenorizadamente descrito no Apêndice 6. Para estas competências, os objetivos delineados foram “*Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de reabilitação, suportada em normas deontológicas*” (Objetivo A1) e “*Demonstrar capacidade de autoconhecimento e da sua influência na prestação de cuidados*” (Objetivo D1).

Durante o estágio, foi desenvolvido um plano de reabilitação com o Sr. J. com amputação do membro inferior direito.

O Sr. J. apresentava uma insegura necessidade de demonstrar que era capaz de realizar os exercícios, recorria frequentemente ao humor negro e direcionava piadas aos profissionais de saúde. Procurou-se adotar uma atitude assertiva e consciencializar sobre a importância da reabilitação, dando-lhe espaço para exprimir preocupações.

O enfermeiro tem o dever de informar a pessoa sobre os cuidados de enfermagem. Mas, para fazê-lo, deve garantir um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, reconhecendo falhas, merecedoras de mudança de comportamento (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Para que a informação sobre os cuidados de reabilitação fosse eficazmente percebida, tornou-se necessário trabalhar as falhas deste processo comunicacional, modificando atitudes nos agentes envolvidos, pois a comunicação é a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde (Grilo, 2012).

A comunicação assertiva destaca-se pela existência de uma relação coordenada, com equidade e respeito, que potencia a autoconfiança (Mesquita, Paulino, Galante, & Alves, 2011). Assim, a clareza e honestidade, atributos que são inerentes à comunicação assertiva, transmitem segurança e contribuem para uma maior adesão

ao tratamento (Grilo, 2012). A construção de um processo comunicacional assertivo mantém, pois, um padrão de conduta pessoal dignificador da enfermagem (e da enfermagem de reabilitação), tal como previsto no Código Deontológico (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Não obstante, numa situação que envolvia maus tratos e negligência a uma pessoa idosa (descrita mais à frente), sentiu-se a necessidade de suportar a tomada de decisão e de desenvolver capacidades de atuação, através da consulta do Código Deontológico e da legislação referente à promoção dos direitos humanos, o que se poder constatar no Apêndice 7.

Dada as experiências, **desenvolveu-se um processo de autoconhecimento e assertividade** e uma **prática profissional ética**, ao proceder a um ajuste dos recursos (EEER e pessoas cuidadas) às situações de vulnerabilidade e ao tomar decisões suportadas deontologicamente (após consulta do Código Deontológico do Enfermeiro e da legislação apropriada, seguida de um processo de reflexão – atividades que haviam sido previstas no projeto).

- Competências A2 e B3: *Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e mantém ambiente terapêutico e seguro*

O desenvolvimento das Competências A2 e B3 encontra-se pormenorizadamente descrito no Apêndice 7. Para estas competências, os objetivos delineados foram “Gerir as práticas que podem comprometer a dignidade ou segurança da pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado” (Objetivo A2) e “Promover um ambiente gerador de segurança, gerindo o risco” (Objetivo B3).

Durante um período na ECCL, procurou-se implementar um plano de reabilitação com a Sr^a. E., que se encontrava acamada, no contexto de uma fratura pertrocantérica do fémur. Veio a verificar-se negligência por parte do marido, manifestada através de: incumprimento na administração da terapêutica, privação de cuidados básicos (como a troca da fralda, a prestação de cuidados de higiene, alimentação ou a manutenção de vestuário próprio ou da cama limpo) ou privação de cuidados de saúde (impedindo a prestação de cuidados de enfermagem). Frequentemente, discutiu-se e articulou-se com os restantes profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

A dada altura, a Sr^a. E. sofreu uma queda. O marido deixou-a no chão, sozinha, sem solicitar apoio médico. Durante a visita domiciliária, o marido retornou e expulsou a equipa de enfermagem, impossibilitando uma avaliação de enfermagem adequadas. Optou-se por contactar a emergência médica. Perante a denúncia, os bombeiros encaminharam a Sr^a. E. para o hospital e a polícia fez participação. Comunicou-se formalmente a situação às entidades necessárias (como a Unidade Saúde Pública), tendo a denúncia sido encaminhada para investigação criminal. Foi sugerido à equipa da ECCI que refletissem e elaborassem um procedimento de atuação.

Considera-se negligência a falta de auxílio do responsável pelo idoso, na satisfação de necessidades básicas, como a omissão de auxílio ou impossibilitar acesso aos cuidados (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2014). Num estudo de investigação, verificou-se que a violência foi associada a termos como “abandono”, “negligência” “agressão física” ou “desrespeito”. Os idosos associaram medidas preventivas às expressões “denúncia”, “políticas” e “cuidados” (Fernandes de Araújo & Lobo Filho, 2009). Encarando a negligência como um problema de enfermagem, urge capacitar os enfermeiros para lidarem com esta questão (Mendes Pinto, 2013). Porém, tem-se verificado que este não se sentem preparados para gerir estas situações (Camacho & Alves, 2015).

Dado o descrito, objetiva-se que se identificou uma situação de risco, analisou-se incidentes relacionados com a pessoa e desenvolveu-se metodologias, de forma a lidar com o erro (tal como delineado nas atividades).

Ainda relativamente às atividades, salienta-se que se participou nos planos de manutenção dos materiais de reabilitação, principalmente no contexto hospitalar, onde foi preciso garantir medidas de controlo de infeção e de funcionamento de uma maior diversidade de equipamento.

Concluindo, **geriu-se situações comprometedoras da dignidade e segurança da pessoa, promoveu-se práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, e promoveu-se um ambiente terapêutico e seguro.**

- Competências B1 e B2: *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica e concebe e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*

O desenvolvimento das Competências encontra-se detalhado no Apêndice 8. Os objetivos alvitados para estas competências são “*Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação*” (Objetivo B1) e “*Participar em programas de melhoria contínua da qualidade*” (Objetivo B2).

No serviço de Pneumologia, foram prestados cuidados ao Sr. A., com Neoplasia do Pulmão e Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico na Artéria cerebral média bilateral e cerebelo. O Sr. A. apresentava afasia de expressão, com nomeação e repetição afetadas, com compreensão mantida, com gramática “telegráfica” e vocabulário restritivo (Fontoura, 2012). Para facilitar o processo comunicacional, optou-se por desenvolver um pictograma adaptado ao serviço e aplicá-lo ao Sr. A. (e que está no Apêndice 8).

Destaca-se, assim, a necessidade da otimização do processo comunicacional (visando a promoção social da pessoa), bem como a produção de instrumentos facilitadores dos cuidados (objetivando a melhoria da qualidade). Tem-se verificado que métodos efetivos de comunicação são essenciais à prestação de cuidados de alta qualidade, salientando-se que um dos objetivos para a qualidade é o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, que respondam às necessidades da pessoa (IOM, 2001).

Assim, a Qualidade em Saúde é encarada como um “nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados” (Fragata, 2011, p. 17). Nesta perspetiva, algumas organizações têm identificado a necessidade de métodos de informação melhorados, que permitam estabelecer um processo comunicacional efetivo (IOM, 2001). Também os enfermeiros consideram que a comunicação, enquanto ferramenta confortadora da pessoa e/ou família, é um fator fulcral para a criação de uma relação de proximidade, através de processos como “apoiar/comunicar com o doente” e “colher dados” (Carvalhais & Sousa, 2011).

Dada a experiência, o desempenho como EEER foi direcionado para as vertentes organizacional e pessoal (descrita posteriormente na Competência J2). Organizacionalmente, colaborou-se em procedimentos de qualidade, participando em projetos de melhoria da qualidade na área da reabilitação e **desempenhou-se um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais.**

Paralelamente, **contribuiu-se para a melhoria contínua da qualidade**, ao otimizar os processos comunicacionais com outras pessoas com o mesmo problema.

Ainda no contexto hospitalar, participou-se na elaboração de indicadores, ao colaborar na discussão sobre qual o melhor instrumento para avaliar a satisfação em relação aos cuidados de reabilitação. Colaborou-se ainda em processos de auditoria, ao participar no levantamento de dados (sobre as pessoas que receberam cuidados de reabilitação), no registo nas bases de dados (sujeitas a auditorias), e ao proceder aos registos dos contactos de seguimento, coordenados pelos EEER.

- Competência C1: *Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar*

O desenvolvimento da Competência C1 encontra-se detalhado no Apêndice 9. O objetivo definido para esta competência foi “*Gerir a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde*” (Objetivo C1).

Na ECCL, prestou-se cuidados à Sr.^a F., no contexto de *status* pós-AVC hemorrágico. Numa visita, verificou-se um aumento tensional associado a uma alteração no seu estado neurológico. Explicou-se à cuidadora que os valores não eram os expectáveis e que o estado neurológico não era coincidente com avaliações anteriores. Reforçou-se que seria necessário a observação médica, sendo que a cuidadora recusou recorrer às urgências e referiu que uma visita domiciliária da médica de família não seria uma opção. Explicou-se que se deveria encaminhar para outro profissional, mas, não sendo uma necessidade emergente, o poder de decisão era da cuidadora.

No domicílio, a família tende a assumir a responsabilidade que seria de um profissional, pelo que é necessário respeitar as suas condições (Santos, Ponce de Leon, & Funghetto, 2011). Está demonstrada a importância do suporte do cuidador no domicílio, revelando a necessidade da equipa multidisciplinar assumir-se como aliada (Brondani & Beuter, 2009).

A equipa multidisciplinar permite uma prática promotora do desenvolvimento pessoal e organizacional, conduzindo à resolução de problemas e à qualidade da intervenção (Conceição e Neves, 2012). Compete ao enfermeiro informar a pessoa/cuidador sobre os recursos disponíveis e atuar dentro da sua área de competência, articulando com os demais profissionais (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Assim, a reabilitação depende da família, pessoa e profissionais, integrados

numa equipa que usufrua do conhecimento individual e da comunicação entre todos (Mancussi e Faro, 2006). Neste caso, foi difícil trabalhar em complementaridade, mas identificou-se uma situação que requeria encaminhamento para outros profissionais.

Já no contexto hospitalar, colaborou-se com a equipa multidisciplinar. Exemplos disto são as articulações com a assistente social (sobre a melhor resposta pós-alta para uma pessoa internada), com o dietista (qual a dieta mais adequada para uma pessoa com disfagia a líquidos ou com o pneumologista (qual o melhor inalador para cada pessoa). Assim, **geriu-se os cuidados e otimizou-se a resposta da equipa, promovendo a articulação na equipa multidisciplinar.**

- Competência C2: *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.*

O desenvolvimento da Competência C2 encontra-se detalhado no Apêndice 10. O objetivo definido para esta competência foi “*Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados*” (Objetivo C2).

No início do estágio, no serviço de pneumologia, foi necessário compreender o funcionamento do serviço, o tipo de intervenção realizado pelo EEER e os recursos disponíveis. Assim, reconheceu-se a existência de alguma inexperiência face a alguns aspetos, necessários à prestação de cuidados à pessoa com alteração do foro respiratório (interpretação de radiografia ou tomografia axial computadorizada torácica, realização de exercícios respiratórios, manuseio de dispositivos de oscilação intrapulmonar, administração de terapêutica inalatória). Foi necessário trabalhar essas falhas, no sentido de se conseguir prestar cuidados de reabilitação adequados.

Assim, houve necessidade de rever alguns conteúdos relativos à interpretação de radiografias ao tórax, como as questões das condições técnicas (orientação e centragem, a intensidade da radiação, o grau de inspiração, o tipo de incidências) ou de alguns conceitos (como a radiodensidade ou radiotransparência, diferenças de densidade, opacidades naturais ou artificiais, morfologia, nível hidroaéreos, ...). Posteriormente, houve um trabalho de treino de leitura de radiografias ao tórax, antes de cada sessão de reabilitação, e solicitando feedback e orientação da Srª Enfermeira Orientadora Clínica.

Quanto à auscultação do tórax, surgiu a necessidade de se proceder a uma revisão teórica dos princípios e dos pontos da auscultação, bem como consultar quais os ruídos adventícios mais frequentemente identificados em algumas situações patológicas comuns. De forma a servir de suporte, durante o estágio, resolveu-se andar com uma tabela que sintetizava esta informação e que era de fácil consulta, em caso de dúvida. Paralelamente, treinou-se a técnica da auscultação, antes e após cada sessão de reabilitação, solicitando confirmação ou correção à Sr^a. Enfermeira Orientadora Clínica. Por outras palavras, procurou-se “treinar o olho e o ouvido”, de forma a ser mais fácil interpretar algumas radiografias ao tórax e proceder à auscultação dos campos pulmonares a reabilitar, liderando algumas sessões de reabilitação, de forma segura.

Paralelamente, praticou-se a administração de diferentes inaladores (recorrendo a uma caixa do serviço, com vários modelos placebo, para ensino e treino das pessoas). Este trabalho permitiu compreender o funcionamento e como manusear os inaladores de pó seco (Handihaler®, o Diskus® e o Turbohaler®), os dispositivos inalatórios com solução para inalação por nebulização (Respimat®), ou ainda os sistemas de nebulização pneumático (PARI TurboBoy®), nos quais a experiência profissional era reduzida. Além de proporcionar uma melhor preparação para as capacidades de ensino e administração do novo EEER, esta caixa de ensinos proporciona vantagens para as pessoas internadas.

Efetivamente, os vários modelos placebos permitem que as pessoas treinem a administração da terapêutica inalatória realizada no internamento, principalmente os inaladores pressurizados de dose calibrada, muito utilizados em situação de agudização. Isto foi particularmente útil, o caso de uma senhora com infeção respiratória e miopatia, após internamento numa unidade de cuidados intensivos respiratórios. Apesar de ser capaz de administrar corretamente o Brometo de Ipatróprio®, não conseguia administrar o Salbutamol®, tendo sido essencial para a sua capacitação.

Concomitante, os modelos placebos são essenciais ao treino da terapêutica inalatória a realizar no domicílio. Ainda assim, é de realçar que a equipa de EEER poderia retirar maiores contributos a este nível. Uma vez que a terapêutica inalatória a realizar no domicílio é, muitas vezes, decidida perto do momento da alta médica, torna-se complicado conseguir realizar um treino efetivo da administração da inaloterapia. Assim, se houvesse uma maior articulação entre a equipa de médicos e de EEER, seria possível avaliar atempadamente a capacidade inspiratória e

verificar se esta era suficiente para realizar o inalador prescrito (recorrendo ao *Inhaler Resistance Range*), bem como proceder ao ensino e treino da técnica inalatória, permitindo ensinamentos mais efetivos e retirando-se outros benefícios.

Tendo isto em conta, salienta-se a adequação e gestão dos recursos necessários à prestação de cuidados de reabilitação, em prol da qualidade dos mesmos. O processo de reabilitação visa trabalhar o potencial da pessoa, utilizando os recursos físicos e ocupacionais (Scramin & Alves Machado, 2006).

Paralelamente, a qualidade dos cuidados de saúde depende da existência de recursos adequados às necessidades (Peres & Ciampone, 2006). Assim, a capacidade de gestão e organização desses mesmos recursos constitui-se como uma ferramenta no processo de cuidar, com o objetivo de promoção, prevenção e reabilitação. Por conseguinte, os profissionais devem estar aptos a gerir os recursos físicos e materiais (Peres & Ciampone, 2006).

Não obstante, em ECCL, foi também necessário adaptar os recursos de cada domicílio. Exemplos disto foi recorrer ao espelho do armário de um quarto (para proceder a correção postural) ou encostar uma cama a um armário, enquanto se realizavam exercícios de equilíbrio dinâmico sentado com recurso a uma bola. Um outro exemplo foi aproveitar a ida de uma pessoa ao Centro de Saúde, para realizar treino de marcha com canadianas numa rampa.

Face aos exemplos, constata-se que houve uma constante análise dos riscos (com repercussão nos cuidados de reabilitação) e que se ajustou os recursos às necessidades dos cuidados. Ou seja, **geriu-se os recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

- Competência D2: *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*

O desenvolvimento da Competência D2 encontra-se detalhado no Apêndice 11. O *objetivo delineado para esta competência foi “Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual”* (Objetivo D2).

Ao longo dos vários estágios, procurou-se alicerçar a tomada de decisão e a ação em conhecimento válidos, atuais e fidedignos. Por isso, realizou-se uma contínua pesquisa bibliográfica e participou-se em alguns encontros, dos quais “2as Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental”.

Destacaram-se as apresentações “Promoção do Autocuidado no Doente com DPOC” e “Registos de enfermagem de reabilitação”. Na primeira apresentação, apresentou-se um estudo, que pretendia aumentar os conhecimentos sobre DPOC, capacitar para a doença e executar um plano de reabilitação. O plano de reabilitação incluiu exercícios respiratórios e exercícios motores, bem como um plano de ensinamentos, tendo-se verificado ganhos em saúde, com o aumento do *score* da MIF e com a melhoria da autonomia do autocuidado.

Relativamente à segunda conferência, foi explicado de que forma é efetuado o registo dos EEER, através do programa informático Sclenic®. Foi esclarecido que a parametrização dos focos e das intervenções possibilitou a avaliação de ganhos e da efetividade da intervenção, ou seja, a uniformização dos registos dos EEER permitiu comparar níveis de dependências e juízos que as pessoas apresentavam no momento da admissão e no momento da alta.

Destacaram-se também as conferências intituladas “Reabilitação Cardiorrespiratória no Doente Transplantado Cardíaco” e o “Programa de Reabilitação Cardíaca”. A primeira incidiu sobre os benefícios da Reabilitação Cardíaca (nomeadamente a melhoria da força muscular, da função respiratória, do débito cardíaco, da fração de ejeção e da sobrevida), explicitando as fases da reabilitação cardíaca. Clarificaram-se os exercícios adotados, designadamente os exercícios de reeducação diafragmática, exercícios de expansão pulmonar, abertura costal global e seletiva, manobras acessórias e ensino da tosse com contenção da sutura. Por sua vez, a apresentação “Programa de Reabilitação Cardíaca” evidenciou um programa de reabilitação, resultado de uma parceria entre um Hospital e uma clínica (fase III), sob Coordenação do EEER.

Frequentou-se, ainda, um *workshop* sobre Noções básicas de Ventilação não invasiva (VNI), procurando uma melhor preparação para exercer a função de EEER. Este *workshop* fez uma revisão teórica sobre as indicações e contraindicações, os parâmetros ventilatórios e os cuidados de enfermagem inerentes à VNI. Teve também uma componente prática, o que permitiu conhecer vários interfaces, acessórios e vários tipos de VNI.

Face ao descrito, evidencia-se a necessidade de uma prática de enfermagem baseada na melhor evidência. Esta surge da pesquisa relevante, focada na pessoa, para melhoria das medidas de diagnóstico, intervenções e indicadores de resultados (Pedrolo, et al., 2009; Cruz & Pimenta, 2005).

Por consequência, a prática baseada na evidência (PBE) consiste na utilização de evidências científicas, produzidas com rigor metodológico, para decidir sobre as mais relevantes condutas no cuidar (Pedrolo, et al., 2009). Porém, permanece a necessidade de se realizarem estudos que demonstrem a efetiva relação entre manifestações e diagnósticos (Cruz & Pimenta, 2005).

Ainda que insuficiente, é um facto que a evidência relativa a diagnósticos, bem como a correta aplicação dos resultados às situações, depende do desenvolvimento das capacidades do enfermeiro, para identificar fontes de informação fidedignas, seleccionar critérios de pesquisa e interpretar resultados (Pedrolo, et al., 2009; Cruz & Pimenta, 2005).

Conclui-se, assim, que o enfermeiro deve ser capaz de correlacionar os conhecimentos explícitos e os empíricos e aplicar as evidências científicas na prática clínica (Pedrolo, et al., 2009).

Deste modo, a PBE requer a capacitação do enfermeiro na procura de estratégias para a aplicação de pesquisas na prática, ultrapassando a divergência entre a teoria e o cuidar (Pedrolo, et al., 2009).

Perante esta experiência, percebe-se que houve uma responsabilização pela aprendizagem, procurando-se **basear a práxis especializada em padrões de conhecimento válidos**. De facto, a participação nas jornadas procurou ser uma ferramenta para suportar a prática (na investigação produzida e no conhecimento atual), contribuindo para a implementação dos conhecimentos, nos vários contextos clínicos.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação

Nas mais variadas situações de prestação de cuidados de reabilitação, foram trabalhadas as várias competências específicas do EEER, em simultâneo. Refere-se com isto às seguintes:

- **Competência J1:** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todas as práticas de cuidados
- **Competência J2:** Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividades e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania
- **Competência J3:** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Dada a simultaneidade, em vez do desenvolvimento por competências, optou-se por apresentar o desenvolvimento dos objetivos delineados para cada uma delas, pressupondo que ao se atingirem os objetivos, desenvolveram-se as competências preconizadas.

1.2.1. Diagnóstico das alterações, concepção e implementação de programas de reabilitação

Para uma melhor percepção, agruparam-se os objetivos relativos ao diagnóstico das alterações funcionais, concepção e implementação de programas de reabilitação, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Objetivos de diagnóstico, concepção e implementação de programas

Objetivos
J1.1. Avaliar alterações que determinem limitações à funcionalidade da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).
J1.2. Conceber planos de intervenção, que promovam o autocuidado na pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.
J1.3. Implementar intervenções optimizadoras da função respiratória e outras na pessoa com DPOC (e outros défices do AC).
J3.1. Conceber programas de treino motor e respiratório

O desenvolvimento dos Objetivos J1.1, J1.2 e J3.1 encontra-se detalhado no Apêndice 12. Durante o estágio na ECCL, iniciou-se um programa de reabilitação com uma pessoa referenciada (Sr^a. P.), após hemiartroplastia unipolar cimentada, pós fratura subtrocanterica do fémur à direita. Foi possível acompanhar o processo de admissão, de planeamento e negociação dos cuidados com a pessoa.

Na primeira visita, conheceu-se a pessoa (e uma das cuidadoras) e avaliou-se as condições da habitação e a sua acessibilidade. Seguiu-se a avaliação do estado cognitivo e mental, a avaliação do autocuidado higiene (realizada no leito, através de sistema totalmente compensatório), alimentação/hidratação e eliminação (com incontinência urinária). Procedeu-se à avaliação da marcha (com andarilho) e do levante do cadeirão, constatando-se que necessitava de um sistema parcialmente compensatório, tinha dificuldade na adoção da posição ortostática e que realizava

inclinação posterior do tronco, colocando os membros inferiores à frente da linha média do corpo.

Seguiu-se a avaliação da forma como a Sr^a. P. se deitava no leito (necessitava de sistema parcialmente compensatório). Solicitou-se que a Sr^a. P. demonstrasse como se posicionava no leito e como realizava algumas atividades terapêuticas. Também se procedeu à avaliação da força muscular dos vários segmentos, da rigidez articular e da amplitude articular. Continuou-se com a avaliação da dor e com a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico (mantinha equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas equilíbrio estático e dinâmico ortostático diminuído). Solicitou-se que demonstrassem a transferência leito/cadeira-de-rodas (sistema totalmente compensatório). Procedeu-se a uma avaliação do estado físico e do risco de queda (que se revelou alto)

Após o diagnóstico da situação e das necessidades de reabilitação, explicou-se à Sr^a. P. os pontos a integrar no plano: treino de equilíbrio ortostático, treino de marcha com andador, gestão do risco de queda e consciencialização das cuidadoras para o autocuidado e para transferências/levante (evoluindo para sistemas parcialmente compensatórios). Questionou-se a Sr^a. P. sobre a sua opinião e foi-se implementando o plano de reabilitação, ao longo das sessões. No Centro de Saúde, registaram-se as avaliações e o plano de cuidados de reabilitação, na plataforma da Rede Nacional dos Cuidados Continuados e no sistema informático SClinic®.

A experiência relatada conduz à importância da **avaliação inicial** da capacidade funcional da pessoa e da conceção/**implementação do plano de reabilitação**. Num estudo de investigação, quando questionados sobre que processos garantiam a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os enfermeiros identificaram o diagnóstico, o planeamento, a realização de atividades e a avaliação dos resultados (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012).

A avaliação inicial da capacidade funcional permite perceber como se realizam as atividades de vida diária (AVD), proporcionando um diagnóstico da situação (Arena, et al., 2007). Especificamente no caso da pessoa idosa, o foco da reabilitação deve ser nas funções remanescentes, que beneficiem de modificação (Diogo, 2000). Assim, a avaliação funcional do idoso, especificamente o desempenho nas AVD, é de considerável importância, uma vez que a independência envolve questões emocionais, físicas e sociais. A avaliação funcional possibilita, pois, uma visão precisa quanto à gravidade da lesão (Diogo, 2000).

Por outro lado, o enfermeiro de reabilitação deve considerar os equipamentos e recursos humanos, e os objetivos deverão ser delineados com a pessoa. Na implementação do plano, deve-se selecionar as intervenções, centrando-as nas rotinas do idoso (Diogo, 2000).

Perante o supracitado, constata-se que se **avaliou as limitações à funcionalidade da pessoa com défices no autocuidado**, através da recolha e do registo de informação sobre a situação de saúde (com instrumentos validados) e da avaliação da capacidade funcional. Também se verifica que **concebeu-se um plano de intervenção e concebeu-se um plano de treino motor**, com o objetivo de promover o autocuidado da pessoa com défice no AC, tendo sido necessária uma revisão sobre as intervenções integrantes da reeducação funcional motora. Implementaram-se, ainda, intervenções optimizadoras da função motora.

Já no contexto hospitalar, e principalmente ao nível cardiorrespiratório, diagnosticaram-se alterações da funcionalidade, identificaram-se necessidades de reeducação, e concebeu-se e implementou-se programas de reeducação funcional respiratória, em parceria com a equipa multidisciplinar. Neste contexto, as intervenções realizadas foram sendo registadas no sistema informático Glintt® e em documento próprio do serviço, que se encontra no Anexo 4.

Face ao supracitado, conclui-se que se **avaliou e implementou-se intervenções no cuidar a pessoas com necessidades especiais, em qualquer contexto, e maximizou-se a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa**.

1.2.2. Avaliação do impacto dos programas de reabilitação

Os objetivos relativos à avaliação das intervenções implementadas e do impacto dos programas de reabilitação foram agrupados na Tabela 2.

Tabela 2. Objetivos de avaliação do impacto dos programas de reabilitação

Objetivos
J1.4. Avaliar os resultados das intervenções
J3.2. Avaliar o impacto dos programas na pessoa com DPOC (e outros défices do AC)

O desenvolvimento dos Objetivos J1.4 e J3.2 encontra-se pormenorizadamente descrito no Apêndice 13. Durante 9 semanas na ECCI, desenvolveu-se um programa de reabilitação com o Sr. J., com amputação transfemoral do membro inferior direito.

No início do estágio, procedeu-se a uma avaliação inicial, verificando-se: alterações ao nível do equilíbrio e alto risco de queda (*score* 24 na Escala de *Berg*), dependência leve na Escala de *Barthel* (*score* 80), Esforço Máximo na tolerância à atividade (*score* 9 na Escala Subjetiva ao Esforço de *Borg*), marcha com canadianas em ambiente fechado (*score* 2 nas Categorias Funcionais da Marcha).

Verificou-se, ainda, alteração da força muscular, nos movimentos do joelho esquerdo (4/5) e da coxofemoral (4/5), segundo *Escala Medical Research Council*. Constatou-se presença de dor moderada (Escala Qualitativa da Dor) na região lombar, ao nível do reto femoral e do gastrocnémio. Assim, o programa visou a aquisição de ganhos.

Após 15 sessões, procedeu-se a uma monitorização do plano, tendo-se objetivado: melhoria do equilíbrio, mantendo alto risco de queda (*score* 30), melhoria na dependência (*score* 85 - leve), aumento na tolerância à atividade para esforço moderado (*score* 3) e melhoria na marcha com canadianas (*score* 3). Constatou-se melhoria da dor (sem dor a nível do reto femoral e gastrocnémio, sem dor a dor ligeira na região lombar). Também se verificou aumento da força dos movimentos do joelho esquerdo e da coxofemoral (5/5). Assim, baseado nos ganhos e resultados obtidos na pessoa cuidada, verificou-se que a enfermagem de reabilitação foi efetiva (IOM, 2001). De facto, para constatar que a intervenção havia sido efetiva, procurou-se avaliar o impacto da mesma, através de escalas fidedignas.

Recorrendo ao *Nursing Role Effectiveness Model*, a efetividade é avaliada em termos de estrutura-processo-resultado (Doran, 2011). Nesta situação, ao nível da estrutura, importou a questão da pessoa (masculino, 65 anos, amputação transfemoral à direita, com comorbilidades) e da enfermagem (estudante de enfermagem de reabilitação, com o apoio de EEER).

A nível do processo, evidenciou-se as intervenções autónomas como o treino do equilíbrio e da força muscular, a consciencialização dos tempos respiratórios, a adaptação da tolerância ao esforço, a marcha com canadianas. Dos resultados, interessou o controlo sintomático, nomeadamente a melhoria da tolerância ao esforço, do AC e do EF (com a melhoria da dependência, equilíbrio, marcha e força).

Não obstante, compreende-se que o processo de reabilitação engloba a fase do progresso, considerando-a como uma etapa dinâmica, onde o enfermeiro participa, através da avaliação das respostas da pessoa (Diogo, 2000). Um grupo de enfermeiros consideraram a avaliação como uma das etapas necessárias à melhoria da sua qualidade (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012).

Consequentemente, sendo detentora de conhecimentos específicos, a enfermagem de reabilitação necessita de instrumentos que a avaliem. Contudo, está provado que os enfermeiros de reabilitação nem sempre avaliam os planos de reabilitação que implementam, através de instrumentos e indicadores quantificáveis, fidedignos e objetivos (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Ora, na situação descrita, procurou-se avaliar os ganhos através de escalas que quantificassem o progresso da pessoa com défices no AC.

Também no estágio em contexto hospitalar, procedeu-se à monitorização do impacto das sessões implementados. Numa situação de intervenção à pessoa com DPOC agudizada, procedeu-se à avaliação dos ganhos, recorrendo-se à avaliação do pico de fluxo expiratório (com o *Peak Flow Meter*), bem como à aplicação do CAT e da Escala de *Borg* (para comparar com as avaliações da admissão). Já na intervenção à pessoa com Pneumonia Adquirida na Comunidade, realizou-se prova de marcha de 6 minutos, na admissão e na alta, de forma a comparar a evolução.

Dado o referido, verifica-se que se procedeu à **avaliação da condição** da pessoa e procedeu-se à **monitorização dos resultados e do impacto** dos planos de reabilitação, contribuindo para **cuidar de pessoas com necessidades especiais e para maximizar a funcionalidade**.

1.2.3. Treino de Atividades de vida diária e reinserção social

Os objetivos do treino das AVD e reinserção social foram agregadas na Tabela 3.

Tabela 3. Objetivos de treino das Atividades Vida Diária e reinserção social

Objetivos
J2.1. Implementar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida.
J1.4. Avaliar os resultados das intervenções
J2.2. Promover a participação social da pessoa com DPOC e outros défices do AC.

O desenvolvimento dos Objetivos J2.1 e J2.2 encontra-se pormenorizado no Apêndice 14. Durante o estágio, implementou-se um plano de reabilitação com o Sr. M., que estava internado por DPOC Agudizada e que apresentava alteração do equilíbrio, risco de queda e necessidade de oxigenoterapia de deambulação.

Durante o internamento, ajudou-se o Sr. M. a desenvolver estratégias adaptativas ao dia-a-dia, isto é, realizaram-se ensinamentos sobre como levantar progressivamente, prevenindo quedas, sobre que atividades exigiam aporte de oxigénio, como manusear a fonte portátil e como regular o débito.

Aquando da alta, reforçaram-se ensinamentos ao Sr. M. e ao cuidador. Dias depois, realizou-se um contacto de seguimento, onde se procurou saber como tinha sido o regresso a casa e a adaptação à oxigenoterapia e qual o estado geral do Sr. M.. Confirmou-se que conseguia regularizar o débito, mas apresentava questões sobre a fonte e sobre a existência de desequilíbrio (tendo-se reforçado alguns aspetos).

Perante a descrição, compreende-se a importância do impacto do treino das AVD, no regresso a casa, na promoção da qualidade de vida e da autonomia e na reinserção social da pessoa. De facto, a autonomia nas AVD tem considerável significado para as pessoas. Por outras palavras, um diagnóstico de uma doença pode não ter tanta importância, como as consequências que dele advêm na manutenção da autonomia e da qualidade de vida (Diogo, 2000).

No caso da pessoa com DPOC, o treino de AVD, o ensino sobre oxigenoterapia e a sua adesão diminui o trabalho respiratório, melhora o metabolismo e contribui para a capacidade de realização de AVD (Bartholo, Gomes, & Noronha Filho, 2009). Consequentemente, a intervenção do EEER pode contribuir para melhorar a dispneia associada às AVD, melhorando a qualidade de vida e promovendo a participação social (Esmond, 2005).

Da mesma forma, deve-se atender ao impacto que a doença tem na pessoa, tornando-se essencial o seguimento da pessoa com DPOC (Martins, 2013). Compete, então, ao EEER dotar a pessoa de conhecimento e poder, para a resolução de problemas e para uma melhor adaptação à doença (Martins, 2013).

Consequentemente, para uma intervenção efetiva, é necessário que haja um programa educacional voltado para a pessoa com DPOC e para os seus familiares, centrado em questões como a aplicação de técnicas de conservação de energia e a promoção da realização das AVD (Velloso, 2006).

Face ao supracitado, constata-se que se implementou um **programa de treino de AVD, procurando maximizar a qualidade de vida e a autonomia da pessoa**, bem como **promover a participação social da pessoa** com DPOC e outros défices.

Um outro exemplo foi a implementação de um pictograma no treino de uma pessoa com Afasia de Expressão (situação já descrita), onde **se promoveu a participação social da pessoa**, através da otimização comunicacional (visível no Apêndice 8).

Por fim, atendendo às situações descritas, percebe-se que se **capacitou as pessoas com limitação da atividade e restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**.

1.2.4. Cuidados de reabilitação à pessoa com alteração das funções sensoriais, cognitivas e motoras

No estágio no serviço de pneumologia, foi possível prestar cuidados a algumas pessoas com alteração do foro neurológico, que apresentavam alteração das funções sensoriais, cognitivas ou motoras. Neste contexto, prestou-se cuidados a 3 pessoas que haviam sofrido AVC (há pouco mais de 1 semana em cada um dos casos), subjacente a prévia Neoplasia do Pulmão, mas com diferentes défices. Numa das situações estava presente uma afasia de expressão, diminuição da força a nível braquial à direita, diminuição do equilíbrio ortostático e disfagia a líquidos. Na segunda situação, a pessoa apresentava Afasia Transcortical Global, hemiparesia à direita, descoordenação motora, alteração do equilíbrio ortostático e disfagia a líquidos e sólidos. Já na terceira situação, a pessoa apresentava plegia braquial e parésia crural à esquerda. Nas três situações, foi possível trabalhar aspetos diferentes, delineando planos de enfermagem de reabilitação diferentes e personalizados às pessoas em questão.

Ainda no serviço de pneumologia, foi possível conceber e implementar um plano de reabilitação a uma pessoa, internada por infeção respiratória, com miopatia. Neste caso, à chegada ao serviço, a pessoa apresentava diminuição da força muscular dos segmentos corporais (força 3/5 nos membros superiores e 2/5 nos membros inferiores segundo a Escala *Council Medical Research*), alteração do equilíbrio estático e dinâmico e dificuldade na motricidade fina. Após o plano de reabilitação, a pessoa apresentava melhoria da força muscular (4/5 nos membros superiores e inferiores) e do equilíbrio, conseguindo deambular médias distâncias,

com apoio de andarilho dinâmico. Apresentou ainda melhor controlo na motricidade fina.

Além destas situações, prestou-se cuidados a uma pessoa com doença degenerativa que apresentava dificuldade da limpeza das vias aéreas, tendo sido necessário executar algumas técnicas de reeducação funcional respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, manobras acessórias,...).

Por outro lado, e contrariamente ao pensado, não houve grande oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alteração neurológica. Ora, uma vez que qualquer EEER deve ser capaz de conceber e implementar planos de reabilitação à pessoa com alteração do foro neurológico, e visto que as experiências vivenciadas revelaram-se insuficientes, sentiu-se a necessidade de procurar outros e variados momentos de aprendizagem.

Para aprofundar as capacidades de apreciação e as particularidades da intervenção do EEER no cuidar à pessoa com alteração do foro neurológico, realizou-se o estágio de observação-participante num serviço de Neurologia. O relato deste estágio de observação-participante encontra-se no Apêndice 15.

Relativamente à apreciação do EEER, foi possível clarificar que a avaliação do estado mental engloba: a consciência, a orientação, a atenção, a memória, as capacidades práxicas, a existência ou não de negligência hemiespacial unilateral e a linguagem. Assim, o estado de consciência pode caracterizar-se por vigília, letargia, confusão, obnubilação, estupor ou coma, e a atenção pode ser dividida em vigilância, tenacidade e concentração (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Quanto à avaliação das capacidades práxicas, percebeu-se que deve assegurar-se a conservação da força, da sensibilidade e da coordenação motora, e pedir para executar gestos simbólicos, transitivos e intransitivos. No que concerne à negligência hemiespacial unilateral, esclareceu-se que pode existir anosognosia, hemianomatognosia, astereognosia, prosopagnosia ou acromotópsia. Já na avaliação da linguagem, percebeu-se que esta deve avaliar a fluência, a compreensão, a nomeação e a repetição (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Relativamente ao tónus muscular, distinguiu-se rigidez articular de espasticidade e hipotonia de hipertonia. Para testar a coordenação motora, foi possível rever a Prova Índex-nariz, a Prova dos Movimentos alternados ou a Prova Calcanhar-jelho.

Na avaliação do equilíbrio, foi possível proceder à revisão de diversos testes: Teste *Romberg*, Teste de Apoio Monopodal de *Uemura* ou Prova de Marcha às Cegas (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012). Além disto, aprofundou-se o conhecimento sobre alguns instrumentos de avaliação, uma vez que o serviço tem uma pasta de arquivo com instrumentos de avaliação que ajudam à apreciação (quantificação dos problemas) e à avaliação dos resultados pelos EEER.

Do ponto de vista da intervenção do EEER, foi possível aprofundar as questões do levantar da pessoa com AVC, bem como das atividades terapêuticas no leito. Percebeu-se e que forma a sensibilidade pode ser estimulada, uma vez que os EEER criaram um dispositivo para treino sensorial tátil, isto é, desenvolveram um *dossier* com diferentes texturas, para diferentes estímulos sensoriais.

Face ao experienciado, é possível afirmar que se desenvolveram capacidades de diagnóstico a nível motor, sensorial ou cognitivo, no sentido de se ser competente na avaliação das alterações que determinem limitações à funcionalidade.

Concomitantemente, foi possível aprofundar as capacidades de planeamento e de implementação de programas de reeducação funcional, prescrevendo produtos de apoio adequados, com o intuito de conceber e de implementar intervenções otimizadores da função sensorial, cognitiva e motora. Ainda que seja possível trabalhar na melhoria da perícia da reabilitação a pessoas com alteração da foro neurológico, é possível concluir que este estágio contribuiu principalmente para o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

2. Aplicabilidade do Projeto

Ao longo dos estágios, procurou-se implementar o projeto definido. No serviço de Pneumologia, serviu como recurso facilitador o facto da equipa de EEER estar a desenvolver um estudo de investigação, com o objetivo de analisar o impacto de um programa de treino de músculos expiratórios da pessoa com DPOC em fase aguda – Ver Apêndice 16. Não obstante, procurou-se desenvolver um plano de cuidados a uma pessoa internada por DPOC Agudizada, que se encontra no Apêndice 17.

Ainda assim, pretendia-se compreender a efetividade da enfermagem de reabilitação, não só face à pessoa com DPOC, mas também face a qualquer défice do autocuidado. Por esta razão, desenvolveram-se outros planos de cuidados, em

campos de atuação do EEER, nomeadamente, alteração do foro ortopédico, cognitivo ou neurológico, que se encontram nos Apêndices 18 a 20.

2.1. Aplicabilidade do Projeto num serviço de Pneumologia

Tal como referido, o estudo de investigação que a equipa de EEER está a desenvolver, facilitou a compreensão de como o cuidado do EEER pode ser efetivo (face a pessoa com DPOC), uma vez que foi possível participar no desenvolvimento desta investigação (prestando cuidados aos sujeitos integrantes do grupo de controlo). A sua análise encontra-se detalhada em Apêndice no Apêndice 15.

Ora nesta abordagem, o EEER seleciona as pessoas com DPOC agudizada, com capacidade para iniciar reabilitação 48h após a admissão. Na primeira sessão, aplicam-se as escalas escolhidas (CAT, Escala de *Borg* Modificada) e verifica-se qual o *Peak expiratory flow* /Pico de Fluxo Expiratório (PEF).

Do protocolo de atuação definido pelos EEER, segue-se a aplicação do programa com exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva (10 vezes). Depois, procede-se ao treino dos músculos expiratórios (1 vez no turno da manhã e outra no turno da tarde), com recurso ao espirómetro de incentivo, invertido (5+5+5) - instrumento disponível no serviço e de acessível custo de aquisição. Em situações de necessidade, realizam-se manobras acessórias e/ou dispositivos de oscilação intrapulmonar por método vibratório.

A escolha dos EEER para o espirómetro de incentivo, invertido, vai ao encontro de uma prática disseminada da Reabilitação Respiratória para treino e melhoria no desempenho muscular expiratório (mesmo sem muita investigação científica sobre os seus reais ganhos). Ainda assim, num estudo de investigação, aplicou-se o espirómetro de incentivo, invertido, em 4 pessoas com DPOC, e verificou-se uma melhoria na performance muscular respiratória e na qualidade de vida (Camuri, Pellisser, Teixeira, & Toneloto, 2016).

Não obstante o referido, segue-se a realização de ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia e o treino e exercício. Na última sessão, são novamente aplicadas as escalas e verifica-se o PEF, de forma a avaliar o impacto do programa (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Durante o estágio, aplicaram-se programas ao grupo de controlo, não incluindo o treino dos músculos expiratórios, com o espirómetro de incentivo, invertido.

Relativamente aos resultados obtidos até ao momento, após a realização de cerca de 8 sessões de reabilitação a 37 sujeitos, verificou-se uma redução no *score* do CAT (de 20.39 para 14.66), um aumento do PEF (de 137,05 para 184.89) e uma melhoria na Escala de *Borg* Modificada (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Não obstante, a equipa de EEER do serviço em questão pretende vir a comparar os resultados obtidos com os resultados do grupo de controlo.

Ora, a participação neste estudo corrobora a necessidade de se comprovar a efetividade de programas de reabilitação, isto é, a necessidade de se atestarem os ganhos obtidos com a intervenção do EEER (neste caso os ganhos oriundos do treino de músculos expiratórios com o espirómetro de incentivo, invertido).

Da mesma forma, comprova a diversidade de atuação do EEER (Weldam, et al., 2017; Cox, Macleod, Sim, Jones, & Trueman, 2017; Kim, Park, Han, Kim, & Kim, 2016; Champion, Hall, & Tori, 2015; Bilington, Coster, Murrells, & Norman, 2015; Duangubpha, Hanucharunkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonri, 2013). Consequentemente, os resultados implicam uma reflexão sobre o contexto onde o estudo é desenvolvido (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018).

Tendo em conta os resultados do estudo, e analisando à luz dos resultados previstos no *Nursing Role Effectiveness Model*, verifica-se que houve melhoria ao nível do controlo sintomático (melhoria do CAT e PEF) e do EF (pois uma melhoria do *score* da Escala de *Borg* Modificada traduz-se num maior desempenho no dia-a-dia e no autocuidado).

Ainda sobre a abordagem da pessoa com DPOC, desenvolveu-se um plano de cuidados, detalhado no Apêndice 17. Na situação, no início do internamento, a pessoa (Sr.M.) apresentava alguns problemas, descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Problemas iniciais do Sr. M.

Problemas
1. Sensação de dispneia (segundo Escala de <i>Borg</i> Modificada) - (10/12) 0,5 em repouso, 3 em esforço - CAT inicial 24
2. Processo respiratório alterado (por agudização da DPOC): - Fluxo expiratório diminuído (PEF inicial 100) - Respiração predominantemente torácica, com amplitude superficial
3. Défice de conhecimentos

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Sobre necessidade oxigenoterapia ao esforço- Sobre manutenção e funcionamento do oxigénio portátil |
|---|

4. Potencial para cair

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Alteração equilíbrio dinâmico ortostático |
|---|

Após identificação das necessidades de enfermagem de reabilitação, procedeu-se à conceção e implementação do plano. É de referir que, na situação do Sr. M., e nos cuidados a outras pessoas com DPOC, não foi possível aplicar o LCADLS (previsto no projeto), uma vez que os EEER não consideravam o instrumento como adequado para o contexto hospitalar.

Centrando no Sr. M., e para minimizar a dispneia, ajudou-se a adotar posições de descanso e relaxamento (nomeadamente a posição de cocheiro e os decúbitos dorsal ou lateral com *fowler/semi-fowler*), bem como a controlar a respiração (procedendo a inspiração nasal e a expiração pela boca com lábios semicerrados).

Para prevenir o ciclo vicioso da dispneia, trabalhou-se as questões da autonomia e da realização das AVD, procedendo ao ensino sobre técnicas de conservação de energia.

Para melhorar o processo respiratório, executou-se exercícios de fortalecimento da musculatura respiratória (através de atividades terapêuticas como a ponte ou o rolar, que contribuem para o aumento da musculatura do diafragma e transversos) ou exercícios da musculatura sistémica. Procurou-se melhorar o compromisso da ventilação, através da reeducação diafragmática, da reeducação costal seletiva inferior, da reeducação costal seletiva do hemitórax esquerdo e direito (nomeadamente a porção ântero-inferior e lateral com abertura costal) e a reeducação costal global. Para a mobilização de secreções, recorreu-se ao dispositivo *acapella* e ao ensino e execução da tosse dirigida.

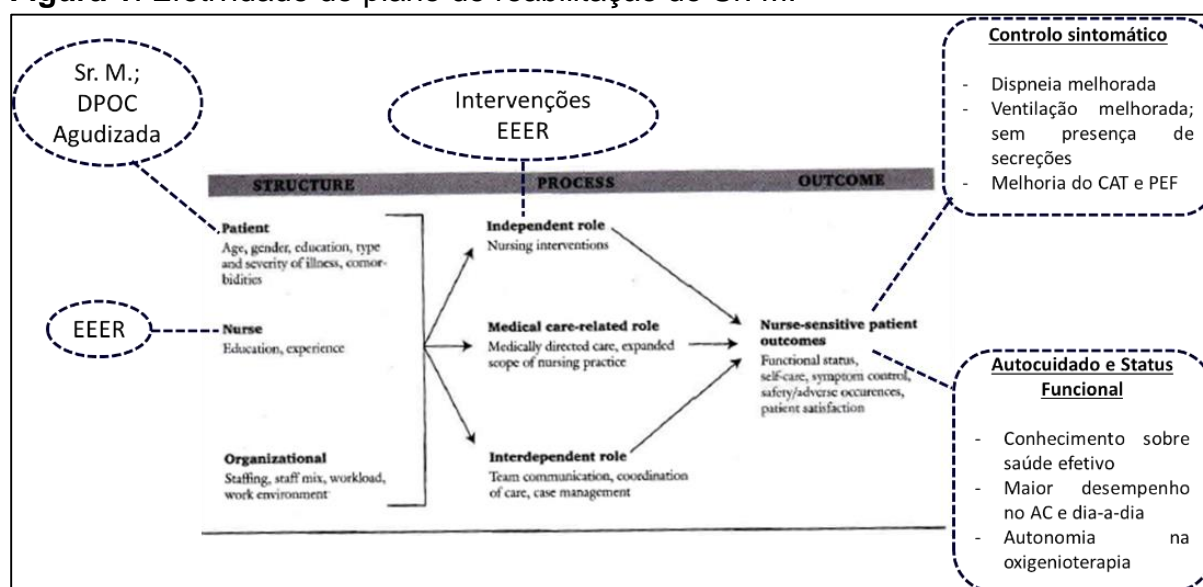
Quanto ao défice de conhecimentos, procedeu-se ao ensino sobre o consumo do tabaco, sobre inaloterapia e sobre a necessidade do uso de oxigénio em atividades e situações que exigissem esforço. Paralelamente, realizou-se um trabalho de capacitação do Sr. M. e do cuidador para a utilização e manuseio da fonte de oxigénio portátil (HiFlowStroller®).

A validação dos ensinamentos e a identificação de outras necessidades de aprendizagem do Sr. M. e do cuidador foi sendo feita ao longo das sessões, mas também após a alta, ao se efetuar uma consulta telefónica de seguimento (5 dias

após o regresso a casa). Para minimizar a ocorrência de quedas, implementou-se um programa de intervenção no hospital, com enfoque em fatores intrínsecos (levante, equilíbrio dinâmico ortostático, marcha).

Aquando da alta, foram avaliados os resultados do plano, à luz do modelo, como demonstra a Figura 1.

Figura 1. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. M.



Adaptado de Doran (2011)

Assim, constata-se que a ação do EEER contribuiu para a aquisição de ganhos para a pessoa com DPOC, traduzindo-se num cuidado efetivo.

Além do caso supracitado, elaborou-se outro plano de cuidados sobre uma pessoa com DPOC, mas cujo motivo de internamento foi a ocorrência de um AVC isquémico do cerebelo e a existência concomitante de uma neoplasia do pulmão, detalhado no Apêndice 18.

Na situação em causa, no início do internamento, a pessoa (Sr.A.) apresentava alguns problemas, visíveis na Tabela 5.

Tabela 5. Problemas iniciais do Sr. A.

Problemas
1. Capacidade para comunicar comprometida <ul style="list-style-type: none"> - Existência de Afasia de Expressão - Inexistência de alternativas comunicacionais
2. Limpeza das vias aéreas ineficaz

<ul style="list-style-type: none"> - Tosse ineficaz - À auscultação: murmúrios vesiculares diminuídos em todos os campos pulmonares, com presença de roncos ressonantes dispersos nos campos pulmonares superior e médio, mais à direita, audíveis na fase expiratória. - Presença de secreções mucopurulentas
3. Potencial para instalação de padrão espástico
4. Potencial para cair <ul style="list-style-type: none"> - Ligeiro desequilíbrio ortostático dinâmico - Alto do Risco de Queda (<i>score</i> 100 Escala de <i>Morse</i>) - Presença de fatores extrínsecos (como ambiente desconhecido) e de fatores intrínsecos (agitação noturna, alteração equilíbrio)
5. Alteração da mobilidade <ul style="list-style-type: none"> - Dependência Parcial transferências, levante e AVD - Alteração da força muscular (membro superior direito – 3/5 segundo <i>Medical Council Research Council</i>) - Marcha não funcional
6. Dependência Total para alimentação <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de deglutir a saliva, com queda anterior de saliva. - Presença de sonda nasogástrica: alimentação entérica com <i>Nutrison®</i> 1.0 (1500/d).

Após o diagnóstico da situação, procedeu-se à implementação do plano de reabilitação definido. De forma a compreender a evolução do défice neurológico, aplicou-se a Escala de NIHSS.

Trabalhou-se, também, a capacidade do Sr. A. recorrer a alternativas comunicacionais (como a criação e uso de um pictograma), tendo-se ainda trabalhado os aspetos da fluência (recorrendo à entoação melódica e à construção de frases), da nomeação (pedindo para nomear figuras mostradas e para nomear palavras associadas a um tema) e repetição (pedindo para repetir palavras).

Para melhorar o mecanismo de limpeza das vias aéreas, realizou-se o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada/*Huff*. Também se executou drenagem postural modificada (associando exercícios de expansão

torácica), de forma a drenar os segmentos apicais e anteriores dos lobos superiores, o lobo médio e a língua.

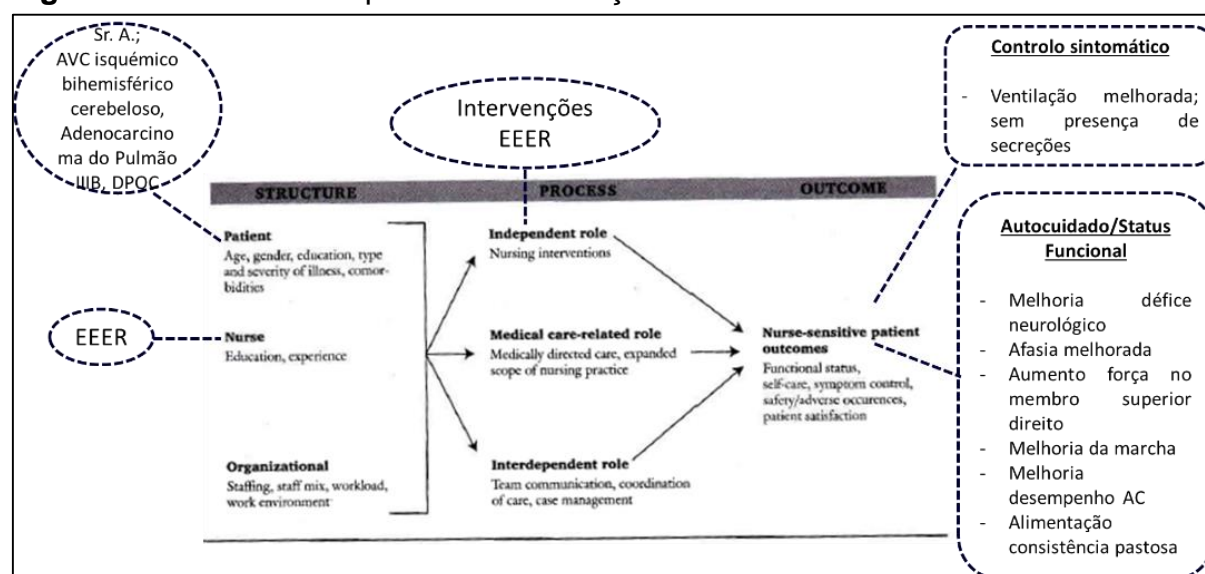
Perante o risco de espasticidade do Sr. A., realizou-se técnicas de exercício articular. Para melhorar o padrão de mobilidade, procedeu-se ao treino de equilíbrio dinâmico, ao treino muscular dos segmentos (realização de movimentos ativos com resistência) e ao treino de marcha (inicialmente com andarilho dinâmico).

Para predizer o risco de queda, aplicou-se a Escala de *Morse*. Executou-se um programa de intervenção no hospital, com particular enfoque em fatores intrínsecos (nomeadamente o treino de equilíbrio dinâmico ortostático e o treino muscular) e em fatores extrínsecos (como calçado, que era desadequado à marcha).

Finalmente, avaliou-se a capacidade de deglutição do Sr. A., com recurso à Escala de *Guss* (apresentava disfagia a líquidos). Procedeu-se também ao ensino à cuidadora sobre otimização da sonda nasogástrica (como verificar a sua permeabilidade, como verificar a existência de estase gástrica, como administrar alimentos, ...). Posteriormente, após verificar-se que o Sr. A. era capaz de se alimentar e ingerir líquidos com espessante, capacitou-se a cuidadora para permitir que este se alimentasse e hidratasse de forma autónoma. Contudo, optou-se por manter a sonda, uma vez que o Sr. A. recusava realizar o reforço hídrico necessário.

No momento da alta hospitalar, avaliaram-se os resultados do plano de reabilitação instituído, e procurou-se analisá-los à luz do modelo teórico escolhido, como demonstra a Figura 2.

Figura 2. Efetividade do plano de reabilitação do Sr.A.



Adaptado de Doran (2011)

Perante o esquema, percebe-se que a intervenção do EEER contribuiu para a aquisição de ganhos para a pessoa com défices no AC, traduzindo-se num cuidado de enfermagem de reabilitação efetivo, com resultados ao nível do controlo sintomático, do AC e do EF.

2.2. Aplicabilidade do Projeto numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Durante o estágio na ECCL, não foi possível prestar cuidados a pessoas com alteração do foro respiratório e, por conseguinte, não foi possível estabelecer um plano de reabilitação, nem avaliar a efetividade desse plano, a pessoas com DPOC. Ainda assim, procurou-se implementar o projeto a pessoa com qualquer défice no AC, que carecesse e beneficiasse da intervenção do EEER.

Perante isto, desenvolveu-se um plano de cuidados com o Sr. J, com amputação a nível transfemural à direita, e com sequelas na mão esquerda, decorrentes de mau funcionamento e complicações de uma fístula arteriovenosa, particularmente alteração da força muscular, da amplitude articular e da temperatura da extremidade

- Ver Apêndice 19.

No início do estágio, o Sr. J. apresentava os problemas descritos na Tabela 6.

Tabela 6. Problemas iniciais do Sr. J.

Problemas
1. Alteração no Equilíbrio estático e dinâmico - Score 24 na Escala de <i>Berg</i>
2. Insegurança e desequilíbrio no andar com canadianas - Marcha com canadianas só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas (score 2/5 nas Categorias Funcionais da Marcha)
3. Reduzida Tolerância ao esforço - Alteração da força muscular (membro superior esquerdo – 3/5 na flexão/extensão e na abdução/adução dos dedos da mão, 4/5 nos restantes movimentos do membro superior esquerdo; 4/5 no membro inferior direito e 4/5 nos movimentos da coxofemoral à direita; <i>segundo Medical Council Research Council</i>) - Sinais de esforço máximo ao treino muscular: sudorese máxima e exercício sem respiração (score 9 na Escala Subjetiva ao Esforço de <i>Borg</i>)

<p>4. Dor muscular a nível lombar e do membro inferior esquerdo (Avaliação Qualitativa da Dor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escapulo-umeral (direita): Dor Moderada - Escapulo-umeral (esquerda): Dor Intensa - Região lombar: Dor Moderada - Reto femoral: Dor Moderada - Gastrocnémio: Dor Moderada
<p>5. Alto risco para quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Score 24 na Escala de <i>Berg</i> (valor preditivo)
<p>6.Dificuldade na aceitação da condição de saúde e vulnerabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em assumir as suas limitações, durante a sessão de reabilitação - Necessidade de demonstrar que consegue realizar os exercícios, fazendo-os sem condições de segurança. - Recorre ao humor, sobre amputação, vulnerabilidade acrescida e sobre o, eventual, aproximar da fase final da vida.

Perante o diagnóstico das necessidades de enfermagem de reabilitação, procedeu-se à implementação do plano de reabilitação. Procedeu-se ao treino de equilíbrio estático, treinando a posição de sentado na cama, na beira da cama e em posição ortostática, com aumento progressivo do tempo.

Também se realizou treino de equilíbrio dinâmico, com a concretização de exercícios com o Sr. J. sentado na cama (levantar membros superiores para esquerda/direita, frente/cima, balancear tronco, apanhar uma bola), sentado na cadeira-de-rodas (afastar região dorso-lombar do encosto, inclinação lateral do tronco) ou na posição ortostática (junto ao leito realizar flexão/extensão da coxofemoral e joelho esquerdo).

Aliado a estes exercícios, executou-se um programa de intervenção na comunidade, com enfoque em fatores intrínsecos (treino marcha, muscular) e extrínsecos (modificação da habitação e calçado), no sentido de prevenção de eventuais quedas.

Realizou-se, também, treino de marcha com canadianas, em superfícies planas, com curvas e com obstáculos. Posteriormente, evoluiu-se para treino de escadas (no prédio do Sr. J). e treinou-se a marcha com canadianas em superfícies planas e em rampa na rua (rentabilizando uma ida do Sr. J. ao centro de saúde). Contudo,

não foi possível proceder ao ensino e realizar treino de marcha com a prótese, uma vez que esta ainda não havia sido autorizada pelo hospital.

Com o intuito de melhorar a tolerância ao esforço, executou-se alguns exercícios de reabilitação respiratória, mais concretamente, a consciencialização e controlo dos tempos respiratórios, a reeducação diafragmática da porção posterior com resistência, a reeducação diafragmática da porção anterior e a reeducação global.

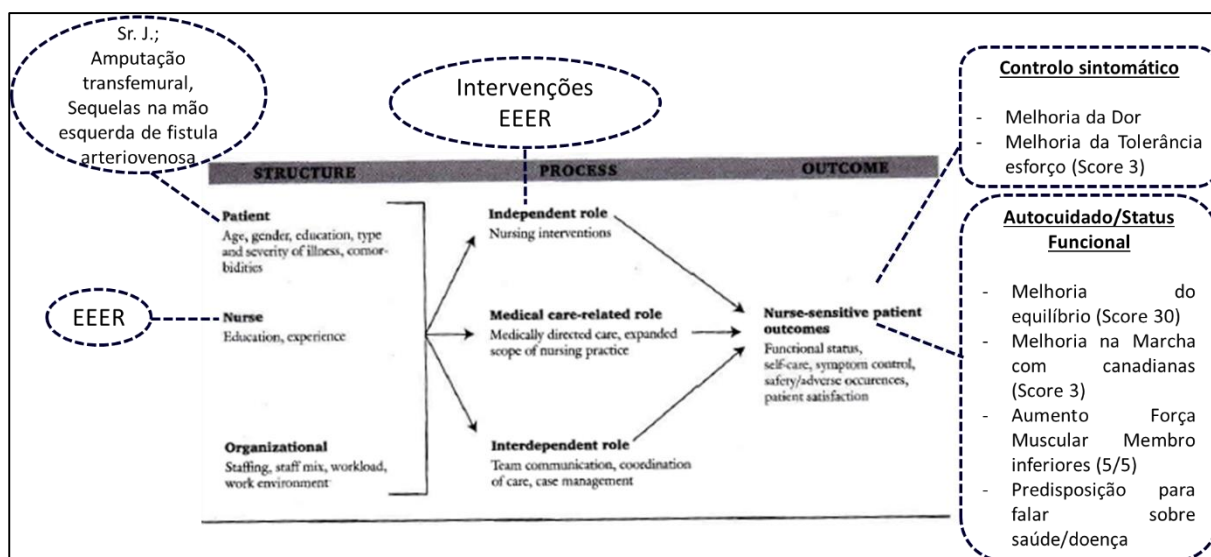
Trabalhou-se para o fortalecimento dos músculos respiratórios, através da concretização de atividades como a ponte, a realização de abdominais com elásticos (conferindo resistência), ou a adoção da posição de “quadripedia” (no leito). Para além disto, fez-se treino de exercício articular e exercício muscular.

Quanto à existência de contraturas musculares, ensinou-se o Sr. J. sobre estratégias de alívio da dor e formas de prevenção das mesmas (calor nos locais de formação das contraturas, realizar alongamento da musculatura antes e após cada sessão de reabilitação). Paralelamente, realizou-se massagem terapêutica na fáscia toracolombar, reto femoral e gastrocnémio, à esquerda.

Por fim, perante a atitude do Sr. J. sobre a sua condição de saúde, as suas limitações e os cuidados do EEER, trabalhou-se a capacidade de aceitação, encorajando a expressão de emoções e de afirmações positivas, estabelecendo uma relação de confiança e providenciando apoio emocional ao Sr. J.. Todavia, não foi possível articular com o psicólogo da ECCL, uma vez que o Sr. J. recusou este tipo de intervenção.

Assim sendo, e após 9 semanas de intervenção, foram identificados os resultados do plano de reabilitação implementado, e foram interpretados os ganhos de acordo com o modelo da efetividade, conforme é apresentado na Figura 3.

Figura 3. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. J.



Adaptado de Doran (2011)

Analisando a figura, percebe-se que a intervenção do EEER contribuiu para a melhoria do equilíbrio, da marcha com canadianas, da força muscular, da dor e da tolerância ao esforço. Por outras palavras, a efetividade do EEER traduziu-se em ganhos para a pessoa com défices no AC, revelando resultados positivos ao nível do Controlo Sintomático, do AC e do EF.

Não obstante o referido, procurou-se implementar o projeto numa outra situação, desenvolvendo-se um plano de cuidados de reabilitação, detalhado no Apêndice 20. Na situação em causa, procurou-se estabelecer um plano de reabilitação com a Sr^a. E. que havia sofrido uma fratura pertrocantérica do fémur à esquerda (no contexto de uma queda), apresentava um processo demencial e vivia uma relação conjugal complicada.

No início do estágio, a Sr^a. E. apresentava os problemas descritos na Tabela 7.

Tabela 7. Problemas iniciais da Sr^a. E.

Problemas
1. Alteração na retenção da informação, memória a curto prazo, desorientação temporal - Score 16 no <i>MiniMental State</i>
2. Alteração no Equilíbrio estático e dinâmico - Ausência de equilíbrio estático ou dinâmico na posição sentada ou ortostática

3. Potencial para cair - Score 55 na Escala de Morse - Presença de fatores extrínsecos (casa) e intrínsecos (epilepsia)
3. Alteração Força Muscular, levante e transferência - Alteração da força muscular (membros inferiores: tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar 4/5 bilateralmente, inversão/eversão 4/5 bilateral), joelho (flexão/extensão 4/5 à direita e 1/5 à esquerda), coxofemoral à direita (flexão/extensão 4/5, abdução/adução 4/5, rotação externa/interna 4/5) e à esquerda (flexão/extensão 1/5, abdução/adução 1/5, rotação externa/interna 1/5)).
4. Dependência total a alimentar-se, vestir-se, tomar banho (no leito) - Score 10, Dependência Total (Escala de <i>Barthel</i>) - Hidratação e alimentação ao encargo das cuidadoras contratadas (no leito) - Prestação de cuidados de higiene pelas cuidadoras contratadas (no leito) - Autocuidado vestir ao encargo das cuidadoras contratadas (no leito)
5. Dor muscular no membro inferior esquerdo (Avaliação Qualitativa da Dor) - Dor moderada no membro inferior esquerdo (reto femoral e gastrocnémio)
9. Atitude de negligência do cuidador - Relação desarmónica da Sr ^a . E. com o cuidador principal/cônjuge - Ausência de estímulos e interação de outras pessoas com a Sr ^a . E. - Ausência de participação do cuidador principal no plano de reabilitação

Perante as necessidades de reabilitação, procedeu-se ao planeamento do plano de reabilitação.

De forma a minimizar as perdas cognitivas, delineou-se a aplicação de um programa de terapia orientada para a realidade, que melhorasse a capacidade de retenção e evocação da Sr^a. E. . A terapia orientada para a realidade pretendia treinar a repetição contínua (de dados reais, do nome, da idade ou da morada), a localização de lugares ou objetos (como a cama, a cadeira ou a televisão), a identificação de divisões da casa (a marquise, a cozinha, ...), ou a orientação para circunstâncias ou situações atuais (como o dia ou o mês).

Para o treino do equilíbrio (estático e dinâmico), havia a intenção de se incidir na adoção de controlo postural, no treino do equilíbrio estático (sentado e ortostático) e do equilíbrio dinâmico (sentado). Consequentemente, este treino aliado a um

programa de formação para as cuidadoras contratadas sobre prevenção de quedas, contribuiria para minimização do risco de queda da Sr^a. E.

De forma a aumentar a força muscular, delineou-se o fortalecimento da musculatura abdominal e o treino de exercícios articulares e musculares (principalmente o treino articular e muscular dos membros inferiores). Definiu-se, ainda, adaptar os princípios da Terapia Assistida por Animais, envolvendo o cão da Sr^a. E. nos exercícios de movimentos ativos com resistência (ao nível dos membros superiores).

Paralelamente, objetivou-se realizar um trabalho de capacitação das cuidadoras contratadas para a realização do levante e de transferências cama-cadeira. Havia, ainda, o intuito de trabalhar com as cuidadoras contratadas o AC alimentar-se, vestir-se e tomar banho.

No que concerne à existência de contraturas musculares, pretendia-se ensinar as cuidadoras contratadas, sobre algumas estratégias de alívio da dor e formas de prevenção das mesmas, enquanto o EEER realizaria massagem nas existentes.

Por fim, no que se refere à atitude do cuidador principal/cônjuge face aos cuidados do EEER e à dependência da Sr^a. E., tinha-se o objetivo de se trabalhar a capacidade de aceitação e de responsabilização pelo processo de reabilitação, procurando envolvê-lo no processo de reabilitação.

Contudo, não obstante, da concepção do plano de reabilitação, não foi possível implementá-lo na sua totalidade. Apesar de inúmeras tentativas para sensibilizar e incluir o cuidador principal nos cuidados à Sr^a. E, e dos vários momentos de articulação com a equipa multidisciplinar, numa das visitas domiciliárias, a Sr^a. E. foi encontrada no chão, após ter sofrido uma queda (e de o cuidador principal a ter deixado no chão, sem solicitar apoio médico e de ter abandonado o domicílio). Durante a visita domiciliária, o cuidador retornou e expulsou a equipa de enfermagem (impedindo a assistência), pelo que se contactou a emergência médica e a Sr^a. E. foi encaminhada para o serviço de urgência, tendo tido “alta” da ECCL e impossibilitando a continuação do plano de reabilitação.

Desta forma, não foi possível a avaliação dos ganhos obtidos, não sendo possível compreender a efetividade do plano de reabilitação. Contudo, esta situação destaca a influência que o meio familiar e o ambiente podem ter no processo de reabilitação da pessoa com défice do AC, interferindo com a intervenção do EEER e comprometendo a aquisição e avaliação de ganhos para a pessoa.

2.3. Outras Atividades Realizadas

Ao longo do percurso de aprendizagem foram realizadas algumas atividades, que não haviam sido previstas no projeto inicial. Refere-se com isto, à elaboração de um resumo e de um *poster* sobre a revisão realizada sobre o impacto que a intervenção do EEER teve nas pessoas com DPOC, nas várias investigações produzidas. Estes trabalhos foram posteriormente apresentados e discutidos nas IV Jornadas de Cuidados Respiratórios, podendo ser encontrados no Apêndice 21.

Simultaneamente, durante os dois estágios, participou-se em momentos de partilha com os restantes colegas – em contexto de aula -, onde foi possível discutir os planos de cuidados adotados, bem como sobre as experiências vivenciadas (como foi o caso da discussão do plano de reabilitação concebido para a Sr^a. E.). Tal contribuiu para refletir sobre eventuais falhas, reconhecer sucessos e identificar outras necessidades de intervenção e de aprendizagem.

Por fim, surgiu o convite para participar numa aula com estudantes que estariam a iniciar o processo de desenvolvimento do projeto de aprendizagem. Foi possível partilhar o percurso desenvolvido e as aprendizagens adquiridas, nos vários locais de estágio. Esta participação vai ao encontro da obrigação ética e deontológica do enfermeiro contribuir para a formação dos pares e para a aprendizagem contínua.

CAPÍTULO II. CONCLUSÕES

O presente relatório representa o culminar de um percurso de aprendizagem na área da enfermagem de reabilitação, refletindo particularmente sobre a efetividade da intervenção do EEER no processo de cuidar da pessoa com DPOC. Por conseguinte, este relatório espelha o percurso realizado no sentido da construção da identidade profissional enquanto EEER. Por isso mesmo, reflete as aprendizagens e vivências experiências, que conduziram ao desenvolvimento dos objetivos delineados e das competências comuns e específicas do EEER.

Escolheu-se para contextos de aprendizagem uma ECCI e um serviço de pneumologia. O primeiro contexto foi essencial para o desenvolvimento de uma capacidade de adaptação ao meio que rodeiam as pessoas e que influenciam o plano de reabilitação. Porém, no início, o estágio na ECCI foi vivenciado com alguma ansiedade e insegurança, devido à não familiaridade com o processo de cuidar no domicílio.

De facto, a “invasão” dos lares das pessoas, as relações de confiança que se teve que estabelecer, o “poder” detido pelas pessoas e cuidadores, a necessária adaptação às rotinas dos cuidadores e aos recursos, assim como o confronto com algumas condições das habitações, contrastou com o meio hospitalar (no serviço de Pneumologia), mais controlado, com mais recursos humanos e materiais, onde quem detém o “poder” é o EEER. Apesar disso, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação numa ECCI obrigou a um reequacionar dos cuidados que eram prestados como enfermeira generalista e dos cuidados a prestar como EEER. Por conseguinte, conduziu a um trabalho de reflexão e de clarividência sobre como o sucesso de um plano de reabilitação pode depender dos variados estímulos, da participação do cuidador, das condições habitacionais ou da presença de barreiras arquitetónicas, mas também pode depender da capacidade para se estabelecer uma relação de confiança e de aceitação por se “invadir” o espaço de alguém.

Atendendo ao supracitado, o estágio na ECCI foi essencial ao desenvolvimento de algumas capacidades, como a análise das situações à luz das dimensões éticas e sociais, da identificação do risco relativamente à prevenção e desenvolvimento de incapacidades, ou ainda do estabelecimento de planos de reabilitação promotores da reintegração sociofamiliar. Este estágio também contribuiu para o repensar da

forma de prestar cuidados de reabilitação, adaptando e gerindo os recursos humanos e materiais disponíveis em cada contexto familiar.

Tais contributos vão ao encontro do preconizado nos Descritores de Dublin e, particularmente, em Diário da República onde é possível ler-se que

o grau de mestre é conferido aos que demonstrem (...) saber aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008)

Paralelamente, a imprevisibilidade dos contextos sociais e familiares, bem como a complexidade das situações, implicou o desenvolvimento de capacidades para lidar com a exigência das mesmas, o que ganha sentido, quando se tem em atenção que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Por outro lado, a realização do estágio no serviço de pneumologia contribuiu, principalmente, para o desenvolvimento de algumas capacidades relacionadas com o trabalho em equipa multidisciplinar, e possibilitou o desenvolvimento do projeto em si, ao exigir uma diferente mobilização e integração dos conhecimentos teóricos e práticos. De facto, uma vez que a equipa multidisciplinar está mais presente na situação de cuidados, foi necessário desenvolver métodos de comunicação claros e objetivos com os demais profissionais, onde fossem perceptíveis os pareceres enquanto EEER, bem como a necessária continuidade dos cuidados. Isto representa o que deve ser a postura dos detentores do grau de mestre que devem “ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Na mesma ótica, o estágio no serviço de pneumologia implicou um árduo trabalho no sentido do desenvolvimento de habilidades técnicas, necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alteração do foro respiratório. Refere-se com isto ao treino e aperfeiçoamento das capacidades de auscultação, interpretação de radiografias e tomografias axiais computadorizadas ao

tórax, mas também ao aprimoramento das capacidades de executar os exercícios respiratórios adequados ou as manobras acessórias necessárias. Paralelamente, este estágio exigiu a procura por novos saberes e um trabalho de interpretação e de aplicação da evidência atual na prática clínica. Mas mais importante ainda contribuiu para o reconhecimento de que o conhecimento é mutável e que compete ao EEER desenvolver as competências necessárias para aprender e aperfeiçoar-se ao longo da vida profissional. Efetivamente, a legislação sustenta que os detentores do grau de mestre devem demonstrar “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Face ao descrito, urge destacar que, apesar da complexidade e exigência das situações, a realização do estágio no serviço de pneumologia ultrapassou consideravelmente as expectativas.

Relativamente à implementação do projeto de aprendizagem, revelou-se fundamental a escolha e aplicação do ***Nursing Role Effectiveness Model***, de forma a identificar as variáveis que interessava estudar da pessoa, **com DPOC ou défice do AC**, e do enfermeiro (**EEER**), as intervenções que deveriam ser objeto de estudo (**intervenções autónomas**) e o tipo de ganhos que merecia destaque (**Controlo sintomático** como por exemplo a dispneia e fadiga, **AC e EF**). Consequentemente, o modelo teórico foi imprescindível para estruturar o pensamento e para organizar os resultados obtidos.

Não obstante, revelou-se necessário selecionar um quadro de referência para a prestação de cuidados de reabilitação. Por outras palavras, os estágios na ECCI e no serviço de pneumologia exigiram a mobilização de conhecimentos teóricos, bem como o treino de algumas habilidades técnicas, na prestação de cuidados de reabilitação. Ora, a **Teoria do Autocuidado de Orem** contribuiu para uma prática sistemática de enfermagem de reabilitação, servindo de sustento à apreciação da situação, à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, ao planeamento da intervenção e à avaliação dos resultados. A adoção desta teoria revelou-se também imprescindível para dar resposta ao tipo de ganhos adquiridos ao nível do AC.

Especificamente quanto à aplicação do projeto no estágio de ECCI, não foi possível avaliar os ganhos da intervenção à pessoa com DPOC. Em vez disso, foram avaliados os ganhos da intervenção à pessoa com défices no AC, particularmente com alteração do foro ortopédico. Neste caso, foi possível constatar que os ganhos efetivos traduziram-se ao nível do AC e do EF na melhoria do

equilíbrio, da marcha, no aumento da força muscular e num maior desempenho e autonomia das AVD (higiene, vestir parte superior do corpo, transferir, ...). Paralelamente, objetivou-se ganhos ao nível do Controlo sintomático, através da melhoria da dor, da fadiga e, por conseguinte, da melhoria da tolerância ao esforço.

No que se refere à aplicação no serviço de pneumologia, foi possível avaliar os resultados obtidos face à pessoa com DPOC. Quanto ao controlo sintomático, constatou-se uma melhoria da dispneia e fadiga, melhoria da ventilação, redução das secreções e um aumento do CAT e PEF. Em concomitância verificou-se uma maior capacidade de desempenho no AC e nas AVD, a existência de autonomia na gestão do regime terapêutico (como a oxigenoterapia, terapia inalatória, ...), bem como um conhecimento efetivo sobre a saúde e doença.

Ainda neste contexto, também foi possível avaliar resultados da intervenção do EEER à pessoa com défice do AC (com alteração do foro respiratório e/ou neurológico). Assim, ao nível do AC e do EF, verificou-se melhoria do défice neurológico, melhoria das dificuldades comunicacionais, da marcha e do desempenho no AC. Constatou-se ainda melhoria da força muscular e da capacidade de alimentação (aumentando a autonomia na alimentação e progressão de alimentação entérica por sonda nasogástrica para alimentação oral, com a consistência adequada). Do ponto de vista do Controlo Sintomático, observou-se melhoria da ventilação, com eficácia da limpeza das vias aéreas.

Nos contextos mencionados, só não foi possível realizar a aplicação do LCADLS. Na ECCI, deveu-se ao facto de não se terem prestado cuidados de EEER a pessoas com alteração do foro respiratório. No serviço de pneumologia, deveu-se ao facto de no parecer da equipa de EEER não ser o instrumento mais adequado nem aplicável ao contexto hospitalar. Este imprevisto foi ultrapassado com a escolha e aplicação do CAT. Contudo, realizaram-se atividades que não haviam sido previstas. Refere-se com isto a realização de resumo e *poster* para as IV Jornadas Cuidados Respiratórios, a partilha em sala de aula com outros colegas sobre o desempenho como EEER e a participação numa aula com estudantes que estariam a iniciar o desenvolvimento do projeto.

Assim sendo, o percurso de aprendizagem teve como intuito implementar o projeto de aprendizagem, compreendo de que forma a intervenção do EEER pode ser efetiva face à pessoa com DPOC (ou défice no AC). Tal conseguiu-se concretizar, compreendo e aprofundando saberes nessa temática. Na mesma perspetiva, o percurso pretendia atingir 2 objetivos gerais (com o projeto e com os

estágios) e os 17 objetivos delineados no projeto, que davam resposta ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. Face ao descrito, é possível reconhecer que esses objetivos foram atingidos e que as competências foram desenvolvidas, contribuindo para saber e conseguir conceber e implementar um plano de reabilitação. Ainda assim, destaca-se que o estágio no serviço de neurologia apresentaria maiores contributos se tivesse sido estruturado de outra forma, englobando uma maior componente participativa (e não um período tão curto de uma metodologia observação-participante). Porém, dado a conjectura do serviço em questão, bem como o limite temporal do período de estágio, compreende-se a adoção deste modelo.

Perante o percurso realizado nos vários contextos, destaca-se como facilitador da aprendizagem, a realização de 4 a 5 turnos consecutivos por semana, possibilitando o acompanhamento das situações e a continuidade dos cuidados. Porém, a conciliação entre a vida profissional, os turnos do estágio (e o estudo inerente) e a vida pessoal e familiar revelou-se uma dificuldade, causador de algum *stress*.

Atendendo ao mencionado é possível referir que os estágios contribuíram para a construção do ser como EEER e como detentor do grau de mestre, indo ao encontro do preconizado em Diário da República que legisla que os mestres devem

possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; (...) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008).

Relativamente ao futuro exercício profissional como EEER, antevê-se alguns obstáculos e dificuldades, quer no serviço, quer na instituição onde são exercidas as funções profissionais. Se por um lado, vive-se um momento de incerteza quanto à estabilidade e reconhecimento do enfermeiro especialista, e o número de enfermeiros generalistas continua a ser inseguro, por outro lado, no serviço em questão, não existe uma cultura de prestação de cuidados de reabilitação onde é reconhecido e possibilitado a conceção e implementação de planos de reabilitação a pessoas que de facto os beneficiariam. Contudo, destaca-se o trabalho já iniciado, no sentido de dar visibilidade às competências, aos conhecimentos e às habilidades adquiridas como EEER. De facto, tem sido cada vez mais comum alguns enfermeiros generalistas solicitarem apoio e parecer, no que se refere à avaliação da pessoa, ao potencial de reabilitação para a melhoria do AC e do EF e às suas

necessidades de intervenção (do ponto de vista respiratório, motor ou cognitivo-sensorial).

Desta forma, ambiciona-se modificar-se a cultura existente do serviço e instituição em questão, para uma cultura onde a pessoa beneficia de um plano de reabilitação, desde a sua admissão. Por conseguinte, espera-se assumir uma posição de líder dos cuidados de reabilitação e de gestão desses mesmos cuidados, em articulação com os demais agentes (equipa multidisciplinar, pessoa e família).

Concluindo, o percurso de aprendizagem revelou-se transformador do ser profissional e do ser pessoal. Pessoalmente, contribuiu para repensar as questões da incapacidade, da dependência e da vulnerabilidade. Profissionalmente, contribuiu para repensar o agir profissional, para perspetivar novas formas de atuação e para interiorizar que a autoaprendizagem é contínua e deve ser feita mesmo após a aquisição de um título de especialista ou de um grau de mestre.

Ainda que se tenham desenvolvido competências comuns e específicas numa determinada área da enfermagem, a sua prática profissional irá sempre carecer de novas aprendizagens e experiências. Enquanto EEER, a prática profissional ainda deverá sofrer aprimoramentos, até se atingir o nível de perito, onde a ação é suportada na experiência e na compreensão intuitiva das situações (não se baseando somente em linhas orientadoras), e onde o desempenho é fluído, complexo e eficaz (Benner, 1984).

Face ao referido, é compreensível que no início do exercício profissional como EEER, o desempenho se situe ao nível de principiante. Tendo isto em conta, e ao abrigo do desenvolvimento profissional dentro da instituição profissional, pretende-se propor a realização de estágios em serviços específicos (como urologia ou neurocirurgia), que possibilitem cimentar e consolidar alguns conhecimentos adquiridos durante o percurso formativo. Por fim, pretende-se ainda continuar a melhorar o desempenho como EEER, procurando novas oportunidades de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ann Marriner-Tomey, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência,.
- Arena, R., Myers, J., Williams, M. A., Gulati, M., Kligfield, P., Balady, G. J., . . . Fletcher, G. (2007). Assessment of Functional Capacity in Clinical and Research Settings. *AHA Scientific Statement*, 116, pp. 329-343.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2014). *Tipos de Violência e Crime*. Obtido em 21 de Outubro de 2018, de Web site da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: <https://apav.pt/idosos/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime>
- Bartholo, T. P., Gomes, M. M., & Noronha Filho, A. J. (2009). DPOC - o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento. 1(1), pp. 79-84.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Califórnia: Addison-Wesley.
- Brondani, C. M., & Beuter, M. (jun de 2009). A vivência do cuidar no contexto da internação hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, 30(2), pp. 206-213.
- Camacho, A. C., & Alves, R. R. (fev de 2015). Maus tratos contra Idosos na Perspectiva da Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista enfermagem UFPE on line*, pp. 927-935.
- Campos, H. S. (Jan-Fev-Mar de 2004). O preço da DPOC. *Pulmão RJ*, 13(1), pp. 5-7.
- Campos, H. S. (2006). DPOC: Vida de menos e gastos de mais. *Bol Pneumol Saint*, 14(2), pp. 103-110.
- Camuri, R. S., Pellisser, E. S., Teixeira, A. d., & Toneloto, M. G. (2016). Aplicação do Respiron® Invertido em sujeitos com doença obstrutiva crónica (DPOC): relato de 4 casos. *Revista Intellectus*, 3(35).
- Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (Mar de 2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem de Referência, III Série*(3), pp. 75-84.

- Champion, R., Hall, T., & Tori, K. (2015). Home oxygen therapy assessment for COPD patients discharged from hospital: Respiratory NP Model of Care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 17-25.
- Conceição e Neves, M. M. (Dez de 2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(8), pp. 125-134.
- Costa, C., Amaral, E., Nabais, A., & Dias, A. (2018). O impacto do Programa de Reabilitação na Pessoa com DPOC Agudizada. *1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.
- Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). Avoiding hospital admission in COPD impact of a specialist nursing team. *British Journal of Nursing*, 26(3), pp. 152-158.
- Cruz, D. d., & Pimenta, C. A. (maio-junho de 2005). Prática Baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-americana*, 13(3), pp. 415-422.
- Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho. (2008). Altera os Decretos-Leis nº 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 121 (25-06-2008), 3835-3853.
- Diogo, M. J. (janeiro de 2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8(1), pp. 75-81.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of Science* (2nd edition ed.). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Duangubpha, S., Hanucharunkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonri, C. (April-June de 2013). Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(2), pp. 102-115.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias* (1ª Edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fernandes de Araújo, L., & Lobo Filho, J. G. (2009). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), pp. 153-160.
- Fontoura, D. R. (2012). *Afasia de Expressão: Avaliação Neuropsicolinguística e Intervenção com Enfoque na Musicalidade*. Tese de Doutoramento em

Ciências da Linguagem / Psicolinguística, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa.

- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease. (2019). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention - A Guide for Health Care Professionals*. USA.
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da Assertividade na comunicação profissional de saúde - paciente. *Psicologia, Saúde Doenças*, 13(2), pp. 283-297.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington DC.
- Kim, J., Park, E.-C., Han, K.-T., Kim, S. J., & Kim, T. H. (2016). Nurse Staffing and 30-day Readmission of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A 10-year Retrospective Study of Patient Hospitalization. *Asian Nursing Research*, 10, pp. 283-286.
- Mancussi e Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), pp. 128-133.
- Martins, A. L. (2013). *A Qualidade de Vida na Pessoa com DPOC. Contributos da Cinesiterapia Respiratória*. Tese de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Mendes Pinto, S. I. (2013). *Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência à Pessoa Idosa Vítima de Violência*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I. B., & Marques Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Mesquita, A., Paulino, C., Galante, C., & Alves, S. (Abril-Junho de 2011). Comunicação Assertiva: uma aprendizagem efectiva e salutar na relação com os pares. *Percursos*, 20, pp. 3-15.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2017). *Panorama das Doenças Crónicas em Portugal - Caminho para o Futuro*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Orem, D. F. (2001). *Nursing Concepts of practice* (Sixth edition ed.). Missouri: Mosby.
- Pedrolo, E., Reichembach Danski, M. T., Mingorance, P., Souza Marques de Lazzari, L., Joaquim Méier, M., & Karla, C. (Outubro-dezembro de 2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), pp. 760-763.
- Pereira Gomes, J. A., Silva Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (Dez de 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(8), pp. 29-38.
- Peres, A. M., & Ciampone, M. H. (Jul-Set de 2006). Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), pp. 492-499.
- Santos, L. R., Ponce de Leon, C. G., & Funghetto, S. S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl I), pp. 855-863.
- Scramin, A. P., & Alves Machado, W. C. (diciembre de 2006). Cuidar de Pessoas com Tetraplegia no Ambiente Domiciliário: Intervenções de Enfermagem na Dependência de Longo Prazo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), pp. 501-508.
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. South Australia: The Joannatute Briggs Institute.
- Velloso, M. J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Pneumol*, 32(6), pp. 580-586.
- Weldam, S. W., Schuurmans, M. J., Zanen, P., Heijmans, M. J., Sachs, A. P., & Lammers, J.-W. J. (2017). The effectiveness of a nurse-led illness perception intervention in COPD patients: a cluster randomised trial in primary care. *ERJ Open Res*, 3, pp. 1-13.

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro
Especialista**

Competências	Unidade Competência (UC) /Objetivos	Atividades	Recursos
<p><u>Competência A1.</u> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p>	<p>UC A1.1 Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada UC A1.2 Suporte a decisão em princípios, valores e normas deontológicas UC A1.3 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade UC A1.4 Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</p> <p><u>Objetivo A1.</u> Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de reabilitação, suportada em normas deontológicas.</p>	<p>1. Consulta do Código Deontológico para resolução de situações de cuidados à pessoa com DPOC (e outros défices do AC). 2. Aplicação de legislação às situações de cuidados à pessoa com DPOC (e outros défices do AC).</p>	<p>1. Código Deontológico 2. Diário da República/ Legislação aplicável a pessoa com DPOC (e outros défices AC).</p>
<p><u>Competência A2.</u> Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>UC A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos UC A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do cliente</p> <p><u>Objetivo A2.</u> Gerir as práticas que podem comprometer a dignidade ou segurança da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).</p>	<p>3. Identificação de situação de risco, durante a prestação de cuidados à pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado). 4. Análise (narrativa) de incidentes relacionados com a pessoa com a DPOC (e outros défices do AC), de forma a prevenir recorrência,</p>	<p>3. Orientador Clínico (OC), Docente Orientador (DO). 4. OC, DO, Registo de incidentes</p>
<p><u>Competência B1.</u> Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais</p>	<p>UC B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade UC B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p>	<p>5. Colaboração em procedimentos de qualidade, aplicáveis aos cuidados à pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado). 6. Divulgação de experiências de sucesso na área da qualidade dos cuidados de reabilitação à</p>	<p>5. OC, Equipa de enfermagem 6. OC, DO</p>

na área da governação clínica	<u>Objetivo B1.</u> Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação.	pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado), no relatório escrito.	
<u>Competência B2.</u> Concebe e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	UC B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado UC B2.2. Planeia programas de melhoria contínua UC B2.3. Lidera programas de melhoria <u>Objetivo B2.</u> Participar em programas de melhoria contínua da qualidade.	7. Aplicação de indicadores de avaliação, para a prestação de cuidados à pessoa com DPOC (e outros défices do AC). 8. Participação em auditorias da área da reabilitação. 9. Elaboração de guias de boas práticas (sobre cuidados de reabilitação à pessoa com DPOC e outros défices do AC, gestão da inaloterapia, ...).	7. Indicadores definidos pelos serviços, OC. 8. OC, instrumentos de auditoria 9. OC, DO
<u>Competência B3.</u> Mantém ambiente terapêutico e seguro	UC B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo UC B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais <u>Objetivo B3.</u> Promover um ambiente gerador de segurança, gerindo o risco.	10. Participação na elaboração de planos de manutenção de materiais/equipamentos reabilitação. 11. Desenvolvimento de metodologias de trabalho, junto da pessoa com DPOC (e outros défices do AC), de forma a evitar o erro humano.	10. OC, equipamentos e materiais dos serviços 11. Pessoa com DPOC (e outros défices do AC), DO, OC
<u>Competência C1.</u> Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar	UC C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão UC C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade <u>Objetivo C1.</u> Gerir a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde.	12. Identificação das situações em que seja necessário reencaminhar a pessoa com DPOC (e outros défices do AC) para outros profissionais de saúde. 13. Colaboração, de forma informal, nas decisões da equipa multidisciplinar, em prol da melhoria da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).	12. OC, outros profissionais de saúde. 13. Equipa multidisciplinar, OC, DO
<u>Competência C2.</u> Adapta a liderança e a	UC C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	14. Análise de riscos, associados aos recursos, para a prestação de cuidados de reabilitação.	14. OC, Recursos materiais dos serviços

gestão dos recursos às situações e contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<p>UC C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos</p> <p><u>Objetivo C2.</u> Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados.</p>		
<p><u>Competência D1.</u></p> <p>Desenvolve autoconhecimento e assertividade</p>	<p>UC D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p> <p>UC D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional</p> <p><u>Objetivo D1.</u> Demonstrar capacidade de autoconhecimento e da sua influência na prestação de cuidados.</p>	<p>15. Reflexão informal sobre situações de cuidados e a minha intervenção, no Diário de Estágio, jornais de aprendizagem e em momentos informais.</p> <p>16. Reflexão formal sobre o meu desempenho, nos momentos de avaliação.</p>	<p>15. Diário de Estágio, jornais aprendizagem OC, DO</p> <p>16. OC, DO</p>
<p><u>Competência D2.</u></p> <p>Baseia a sua práxis especializada em padrões de conhecimento</p>	<p>UC D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p> <p>UC D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p> <p>UC D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p> <p><u>Objetivo D2.</u> Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual.</p>	<p>17. Pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos necessários à prestação de cuidados de reabilitação.</p>	<p>17. Normas, <i>Guidelines</i> de atuação, bases de dados, legislação.</p>

Apêndice 2 – Desenvolvimento de Competências Específicas do EEER

Competências	UC /Objetivos	Atividades	Recursos
Competência J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	UC J1.1 Avalia funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. <u>Objetivo J1.1.</u> Avaliar alterações que determinem limitações à funcionalidade da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).	1. Revisão bibliográfica sobre mecânica ventilatória e fisiopatologia da DPOC (estudo da função respiratória, imagiologia, auscultação, avaliação doente crónico), bem como de outras patologias. 2. Recolha de informação sobre a situação de saúde da pessoa com DPOC (e outros défices do AC), através de instrumentos validados. 3. Avaliação da <i>status</i> funcional da pessoa com DPOC (e outros défices do AC), para a realização das Atividades Vida diária (AVD). 4. Registo da informação colhida no Diário de Estágio.	1. Autores de referência, normas e <i>guidelines</i> de avaliação (DGS, Gold,). 2. <i>London Chest Activity Daily Living Scale/LCADLS</i> , outros instrumentos, Processo clínico, MCDT. 3. Observação, OC, DO. 4. Diário de Estágio
	UC J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidades <u>Objetivo J1.2.</u> Conceber planos de intervenção, que promovam o autocuidado na pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.	5. Revisão bibliográfica sobre Teoria do AC 6. Revisão bibliográfica sobre intervenções de enfermagem de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) /Motora/Vesical à pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado. 7. Elaboração de planos de intervenção de enfermagem de reabilitação personalizados à pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado).	5. Teoria do AC 6. Bases de dados, normas e <i>guidelines</i> de atuação. 7. OC, DO, pessoa com DPOC (e outros défices do AC)
	UC J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	8. Execução do plano de intervenção delineado junto da pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado) 9. Articulação com recursos da pessoa e meio envolvente. 10. Colaboração com equipa multidisciplinar. 11. Registo de intervenções realizadas.	8. OC, DO, Técnicas de Gestão dispneia e de RFR. 9. Pessoa, Cuidador, comunidade.

	<p><u>Objetivo J1.3.</u> Implementar intervenções otimizadoras da função respiratória e outras na pessoa com DPOC (e outros défices do AC).</p>		<p>10. Equipa multidisciplinar</p> <p>11. Diário de Enfermagem, notas de transferência/altas, diário de estágio.</p>
	<p>UC J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><u>Objetivo J1.4.</u> Avaliar os resultados das intervenções.</p>	<p>12. Avaliação da condição de saúde da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).</p> <p>13. Monitorização dos resultados dos planos implementados/ganhos em saúde, através de indicadores do serviço e instrumentos validados.</p>	<p>12. MCDT, Auscultação,</p> <p>13. LCADLS e outros instrumentos, Processos clínicos (MCDT), notas de enfermagem.</p>
<p><u>Competência J2.</u></p> <p>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>UC J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p><u>Objetivo J2.1.</u> Implementar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida.</p>	<p>14. Revisão bibliográfica sobre formas de gestão e conservação de energia, AVD, prevenção de exacerbações.</p> <p>15. Ensino à pessoa com DPOC (e outros défices do AC) e ao cuidador de técnicas optimizadores do AC.</p> <p>16. Realização de treino de específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio,</p>	<p>14. Bases de dados, Normas e orientações (DGS, OMS, ...)</p> <p>15. OC, DO, Pessoa com DPOC (e outros défices do AC), técnicas de conservação de energia.</p> <p>16. Dispositivos de apoio existentes nos contextos de estágio/da pessoa com DPOC (e outros défices do AC).</p>
	<p>UC J2.2 Promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social.</p> <p><u>Objetivo J2.2.</u> Promover a participação social da pessoa com DPOC e outros défices do AC.</p>	<p>17. Revisão bibliográfica sobre legislação e normas promotoras da integração da pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.</p> <p>18. Sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas preventivas de exacerbações.</p>	<p>17. Legislação/Diário da República, normas e <i>guidelines</i> (DGS, <i>Gold</i>, ...)</p> <p>18. Cuidador,</p>

			comunidade, OC.
Competência J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	UC J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório <u>Objetivo J3.1.</u> Conceber programas de treino motor e respiratório.	19. Revisão bibliográfica sobre treino e exercício. 20. Elaboração e implementação de sessões de treino e exercício, para cada pessoa com DPOC (e outros défices do Autocuidado)	19. Base de dados. 20. OC, DO
	UC J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados <u>Objetivo J3.2.</u> Avaliar o impacto dos programas na pessoa com DPOC (e outros défices do AC)	21. Avaliação dos resultados das sessões de treino, na pessoa com DPOC (e outros défices do AC),	21. Pessoa com DPOC (e outros défices AC), LCADLS e outros instrumentos, Processos clínicos (MCDT), notas enfermagem

Apêndice 3 – Cronograma

Objetivos	UCC/ECCI			Serviço Pneumologia			
	Set	Out	Nov	Nov	Dez	Jan	Fev
	24-30	1-31	1-23	26-30	1-14	3-31	1-8
Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de reabilitação, suportada em normas deontológicas.							
Gerir as práticas que podem comprometer a dignidade ou segurança da pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.							
Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação.							
Participar em programas de melhoria contínua da qualidade.							
Promover um ambiente gerador de segurança, gerindo o risco.							
Gerir a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde.							
Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados.							
Demonstrar capacidade de autoconhecimento e da sua influência na prestação de cuidados.							
Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual.							
Avaliar alterações que determinem limitações à funcionalidade da pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado							
Conceber planos de intervenção, que promovam o autocuidado na pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.							
Implementar intervenções optimizadoras da função respiratória na pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.							
Avaliar os resultados das intervenções.							
Implementar programas de treino de Atividades Vida Diária (AVD), maximizando a qualidade de vida.							
Promover a participação social da pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado.							
Conceber programas de treino motor e respiratório.							
Avaliar o impacto dos programas na pessoa com DPOC e outros défices do Autocuidado							

Apêndice 4 – Descrição dos Locais de Estágio

O serviço de pneumologia apresenta capacidade para 20 pessoas. As principais patologias presentes são a Hipertensão pulmonar, pneumotórax, pneumonia, neoplasia do pulmão (em estudo) e DPOC. No serviço, existem 5 EEER, que fazem parte de uma equipa de 16 enfermeiros. Em todos os turnos há EEER, sendo responsáveis pela Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM). Bimensalmente, decorrem os Núcleos de Enfermagem de Reabilitação, que visa a partilha de conhecimentos. Nestas reuniões, cada EEER prepara um tema e discute-o com os restantes EEER.

Relativamente aos recursos existentes, o serviço possui pedaleira, bicicleta, bastões, halteres, pesos para RFR, oximetria portátil, fita para marcar distância (6 metros), *Cough Assist* (disponível na Unidade de Cuidados Intensivos). O serviço é dotado de uma mala para ensinos, com material para facilitar ensinos sobre inaloterapia, Ventilação não-invasiva e oxigenoterapia longa duração. Os EEER estabelecem um plano de reabilitação para cada pessoa e, continuamente, vão avaliando a evolução e introduzindo novos exercícios.

O serviço apresenta alguns projetos na área da Enfermagem de Reabilitação. Está em desenvolvimento um projeto sobre a pneumonia, onde se estão a construir protocolos de abordagem e a escolher escalas de diagnóstico e intervenção. Paralelamente, está em curso o “Plano Assistencial Integrado da Asma”, que visa garantir a continuidade dos cuidados na pessoa com Asma. Neste projeto, aquando do internamento, a situação da pessoa é avaliada com recurso a instrumentos (EX: *peak flow*) e esta avaliação é partilhada com a Consulta externa (que possui também uma *checklist* telefónica), após referenciação para as mesmas. Por fim, decorre um projeto sobre a DPOC. Neste projeto, está em curso a escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados. Atualmente, aplica-se o CAT no início e fim de cada programa de reabilitação. Nas pessoas com DPOC, realiza-se o teste de marcha de 6 minutos, controlando-se os valores de oxigénio, a realização de espirómetro invertido, entre outros. Também incluído neste projeto está a realização de Jornadas sobre DPOC.

Por fim, na área da Enfermagem de reabilitação, o serviço realiza auditorias internas aos registos relativos à ventilação não invasiva, aos ensinos realizados e ao processo de colheita de dados.

A ECCL abrange cerca de 70 pessoas, com necessidades de cuidados gerais, paliativos e/ou de reabilitação. As principais patologias presentes são as fraturas do colo do fémur, demência, infeções respiratórias associadas à imobilidade em

peessoas com patologias cardiorrespiratórias ou neurológicas associadas. Existem poucas pessoas com DPOC e as que, eventualmente, têm, são casos terminais, em que é necessário a gestão do cansaço.

A equipa é composta por 6 profissionais de saúde, dos quais 3 são EEER. Para avaliar o trabalho dos EEER, são delineados no plano de ação, indicadores relacionados com AC, prevenção de úlceras por pressão, prevenção de anquiloses, prevenção reinternamentos e prevenção de infeções respiratórias. O serviço tem um projeto em vigor – “Formar para Cuidar”, que pretende formar cuidados que exerçam funções em Instituições Solidarietà Social, sobre alimentação em entubações nasogástricas, cuidados com ostomias, transferências, ergonomia, ...).

A equipa da ECCI realçou como desafios a condição de saúde do cuidador, a articulação com este, as condições habitacionais, as ideias (pré)concebidas da pessoa/cuidador sobre os cuidados e sobre saúde, entre outros. No que se refere a recursos materiais e equipamentos, existem poucos na UCC. Os que existem foram oferecidos por cuidados e são, essencialmente, tripé, tábua transferência, andarilhos, cadeira de rodas e colchões de pressão alterna.

Apêndice 5 – Jornal de Aprendizagem 1

O Impacto de uma ECCL: A Construção da Confiança

Antes de iniciar este estágio, nunca havia tido contacto com a tipologia de cuidados de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL). Não compreendia como os cuidados efetivamente eram assegurados, após uma referenciação de uma unidade de saúde (hospitalar ou integrante da Rede Nacional Cuidados Continuados), nem tinha noção de como uma ECCL se articulava na área dos cuidados de saúde primários. Desta forma, durante a primeira semana, tive necessidade de procurar por documentos legais que contextualizassem as ECCL e os Agrupamentos Centros de Saúde, bem como pedir apoio da Sr^a Orientadora Clínica. O ACES Lisboa Norte abrange as freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica (ARSLVT, 2013). Este abrange alguns Centros de Saúde, um dos quais composto pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (UCC, 2018). A UCC presta cuidados às pessoas inscritas e residentes da área da UCC. Uma UCC é responsável por prestar cuidados de saúde, psicológicos, sociais (a nível domiciliário e comunitário), a pessoas e famílias vulneráveis ou em situação de dependência funcional. Uma UCC atua, ainda, ao nível da saúde escolar e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 Fevereiro, 2009). Um dos seus projetos é a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) que tem contratualizado um máximo de 70 camas de domicílio, com os seguintes critérios/necessidades: dependência elevada nas Atividades Básicas da Vida Diária, alta recente de unidade de internamento, necessidade de cuidados com considerável grau de diferenciação (paliativos, reabilitação, psicologia), familiares com necessidade de suporte psicológico/formativo prestado no domicílio ou incapacidade de gestão do regime terapêutico (UCC, 2018a, 2018b). A equipa da ECCL que garante este tipo de cuidados é composta por 3 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 1 enfermeiro especialista em saúde comunitária, 2 enfermeiros generalistas e 1 fisioterapeuta. Colaboram com a equipa 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 médico.

Ainda durante a primeira semana, tive a oportunidade de conhecer as pessoas que são alvo de cuidados de reabilitação, o percurso de reabilitação que já foi percorrido, bem como os contextos familiares e habitacionais em que estão inseridos.

Confesso que, nos primeiros dias, me senti ansiosa, com alguma insegurança e com receios. O cuidar no domicílio trata-se de uma realidade com a qual não estou familiarizada. A “invasão” do lar de alguém, a relação de **confiança** que se tem que estabelecer (onde à partida quem detém o “poder” é a pessoa alvo dos cuidados/cuidador), a adaptação necessária às rotinas dos cuidadores, aos recursos e ao ambiente, bem como as condições mais ou menos higiénicas das habitações contrasta com o meio hospitalar, mais controlado, talvez com mais recursos humanos e materiais, onde quem detém o “poder” é o profissional de saúde (mais que não seja porque é quem conhece melhor os restantes profissionais e o próprio serviço/hospital). Da mesma forma, não pude deixar de me questionar sobre “como prestaria cuidados de reabilitação na casa de alguém?”, “como se articulariam as idas com os restantes prestadores de cuidados?”, “como prestaria cuidados sem o material para tal?” ou ainda “como assumir um plano de reabilitação que as pessoas/cuidadores já começaram com outro profissional?”. Todas estas questões deixaram-me apreensiva e insegura.

Avaliando esta experiência inicial, não posso deixar de retirar contributos significativos. De facto, a ansiedade, a insegurança, os receios, no momento em questão, são geradores de desconforto e, por vezes, tornam-se difíceis de ultrapassar. Porém, considero que foi essencial para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. A pesquisa realizada sobre o ACES e a ECCI fez-me ponderar nas respostas sociais e familiares que devem/podem existir para as pessoas, quando recebem alta de uma unidade de internamento. Paralelamente, fez-me ter maior noção da dimensão da Rede Nacional Cuidados Continuados, nomeadamente de outras valências que a integram (uma vez que só tinha experiência numa unidade de longa duração). Mas mais importante, fez-me reequacionar os cuidados que presto como enfermeira generalista, os cuidados que quero prestar como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e na forma como estes dependem, principalmente em contexto comunitário, do estímulo e da presença dos cuidadores/pessoas significativas, das condições habitacionais e da presença ou ausência de barreiras arquitetónicas no domicílio ou no acesso ao mesmo.

Analisando a situação, considero que a questão em causa é a confiança. Por um lado, elenca-se a falta de confiança como enfermeira de reabilitação, em domicílio e integrada numa ECCI, ou seja, a falta de confiança perante uma série de situações novas e diferentes. Por outro lado, destaca-se a ainda ausência de relação de

confiança entre enfermeiro-pessoa, necessário ao processo de cuidar. Na literatura, no cuidar, o enfermeiro deve cultivar a disposição para ser fidedigno e desenvolver competências no desempenho das tarefas, bem como demonstrar-se digno de confiança (uma vez que existe uma relação estreita entre a vulnerabilidade acrescida da pessoa cuidada e a confiança com o enfermeiro) (Sellman, 2007). Paralelamente, para alguns autores, uma relação de confiança compreende que o enfermeiro satisfaça as expectativas da pessoa (Hupcey, Penrod, & Morse, 2000). Na mesma linha de pensamento, a literatura defende que as partes envolvidas num processo de cuidar (profissional de saúde e pessoa cuidada) têm poderes e saberes próprios e utilizam recursos de comunicação que podem ser diferentes. Tal situação requer o estabelecimento de um processo de comunicação, diálogo, respeito pelo outro e aceitação das diferenças, de modo a construir-se uma relação de confiança mútua. Assim, é preciso um trabalho conjunto para que relação de confiança mútua seja uma regra no processo terapêutico, e não uma exceção (Inojosa, 2005).

Concluindo, apesar do receio face ao “novo” e “diferente”, procurei enquadrar-me junto de documentos oficiais e/ou legais, sobre o que era expectável ser garantido à pessoa. Agi desta forma, para sentir mais confiança no meu desempenho ou, pelo menos, para preparar-me para o novo contexto e percurso. Tive, ainda, necessidade de recorrer à Sr^a Orientadora Clínica para as próprias pessoas sentirem que, num futuro próximo, poderiam confiar em mim o seu plano de reabilitação. Tal deveu-se ao facto das pessoas já terem um processo terapêutico desenvolvido com a Sr^a. Orientadora Clínica, mas isso ainda não aconteceu comigo. Não obstante o referido, talvez devesse ter aproveitado os primeiros contactos com as pessoas/famílias para aprofundar o meu conhecimento sobre as mesmas, dando espaço para estas identificarem o que esperavam de mim como enfermeira de reabilitação e que expectativas tinham do processo de reabilitação.

Face ao referido, torna-se pertinente perspetivar o futuro e esclarecer as minhas expectativas. De facto, com a realização de um estágio no contexto de ECCL, creio que conseguirei desenvolver, principalmente, as capacidades: de análise das situações à luz das dimensões éticas e sociais, de identificação do risco relativamente à prevenção e desenvolvimento de incapacidades, ou ainda a de estabelecer programas de reabilitação que promovam a reintegração sociofamiliar e, quiçá, profissional. Espero ainda conseguir desenvolver programas de reabilitação efetivos com as pessoas cuidadas, baseados em relações terapêuticas e de confiança. Por fim, creio que este estágio também deverá ajudar-me a repensar a

forma de prestar cuidados de reabilitação, adaptando e gerindo os recursos humanos e materiais disponíveis em cada contexto familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARSLVT. (2013). *ACES Lisboa Norte - Planeamento do ACES de Lisboa Norte*.

Decreto-Lei nº28/2008 de 22 Fevereiro. (2009). Regulamenta a Organização e Funcionamento da Unidade Cuidados na Comunidade. *Diário da República 2ª Série*, N°74(16-04-2009), 15438-15440.

Hupcey, J., Penrod, J., & Morse, J. (2000). Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(3), pp. 227-242.

Inojosa, R. M. (2005). Acolhimento:a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago, Chile.

Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8, pp. 28-36.

UCC. (2018a). *Manual de Articulação de Lisboa*.

UCC. (2018b). *Plano de Ação Triénio 2018/2020 - UCC Lisboa*.

Apêndice 6 – Jornal de Aprendizagem 2

Impacto do autoconhecimento e assertividade no desenvolvimento de uma prática ética e profissional – desenvolvimento das Competências A1 e D1

Durante o estágio na ECCL, tenho desenvolvido um plano de reabilitação, com o Sr. J., cujo membro inferior direito foi amputado, no contexto de uma infecção por úlcera diabética. Nos primeiros contactos, reparei que o Sr.J. recorria a um certo humor negro (relacionado com o facto de só ter um dos membros inferiores) e dizia uma ou outra piada dirigida aos profissionais. Também me apercebi que, quando lhe era pedido para realizar algum exercício, se desconcentrava facilmente e que tinha uma considerável necessidade de demonstrar que era capaz de o realizar (ainda que o fizesse de forma errada e insegura). Na altura, conversei com a Sr^a Enf^a Orientadora Clínica (OC) sobre a possibilidade desta atitude ser um mecanismo de defesa para lidar com a situação e com a eventual incapacidade perante determinado exercício. Abordámos, ainda, as consequências de tal atitude na eficácia das sessões de reabilitação e no sucesso da reabilitação. Percebemos que teríamos que adoptar uma atitude mais assertiva com o Sr J. e procurar que ele se consciencializasse da importância da reabilitação e de realizar adequadamente os exercícios, sendo claras no que lhe pedíamos, mas dando-lhe espaço para exprimir eventuais preocupações. Nos contactos seguintes, foi isso mesmo que procurei fazer. Procurei direccionar o Sr.J para a sessão (explicando que esta exigia concentração e que, após a sua conclusão, já poderia dizer uma ou outra piada), e tentei ser mais clara no que pretendia que o mesmo realizasse. Notou-se uma maior concentração do Sr.J. na execução dos exercícios e uma tentativa de os realizar de forma mais controlada e segura. Perante um exercício de treino de equilíbrio, o Sr.J. reconheceu que não o conseguia realizar, explicitando as suas alternativas ao mesmo. Ainda se notou um ou outro momento de desconcentração, mas em que se procurou reorientar o Sr. J.

Face à situação, não pude deixar de pensar “Qual a diferença de percepção entre um enfermeiro assertivo e um enfermeiro agressivo, para a pessoa?”, “Como conseguirei impôr limites numa relação, que se quer terapêutica e de confiança, no contexto da pessoa?” ou até mesmo “Conheço-me o suficiente, enquanto pessoa e Enf^a, para estabelecer uma **prática profissional assertiva e ética**?”. Assim, senti-me desconfortável e com alguns receios... tive receio de ser mal interpretada pela

peessoa cuidada, de não conseguir ultrapassar a atitude do Sr.J. face à situação de saúde e às suas vulnerabilidades e, por conseguinte, do processo de reabilitação não ser efetivo.

Avaliando a situação, evidencio alguns aspetos positivos. Destaco como produtivo o trabalho de consciencialização que tive que fazer, antes de tudo, sobre mim. Também o trabalho de reflexão informal sobre o porquê do comportamento do Sr.J., em conjunto com a OC, trouxe melhorias ao meu desempenho e contribuiu para a capacidade de me colocar no lugar do Sr.J. Para além disto, perante a dualidade entre assertivo e agressivo, tive necessidade de consultar o Código Deontológico, o que serviu para melhor “balizar” os limites da minha ação, de forma ética e profissional. Do ponto de vista do Sr. J., considero que houve um avanço na construção de uma relação de confiança, proporcionando um espaço para este começar a assumir as suas vulnerabilidades, e futuramente a identificar as suas potencialidades. Considero, ainda, que o próprio Sr.J. iniciou um processo de comunicação assertiva, assumindo o que consegue ou não fazer, manifestando as suas preocupações e abrindo espaço para um processo de reabilitação efetivo. Ainda assim, devo identificar como aspeto menos positivo, o facto do Sr.J. ainda não se sentir à vontade para abordar a forma como lida (e lidou) com a sua nova condição de saúde, ou qual a necessidade que ele considera ter, para recorrer ao humor e para adotar uma atitude desconcentrada, perante uma sessão de reabilitação. Paralelamente, considero como menos positivo, o facto de eu (enquanto Enf^a de reabilitação) ainda não ter conseguido criar um momento para que esse trabalho de reflexão do Sr.J se inicie.

Analisando a situação, considero que uma das questões é a informação e outra é a forma como esta deve ser transmitida, através de uma **comunicação assertiva**. O Enf^o tem o dever de informar a pessoa/família no que se refere aos cuidados de enfermagem. Mas, para fazê-lo, deve garantir um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa cuidada, analisando e reconhecendo eventuais falhas, que mereçam mudança de comportamento (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Neste caso, para que a informação sobre os cuidados de reabilitação (como realizar os exercícios, perspetivas futuras de recuperação, ...) fosse eficazmente transmitida e percecionada, tornou-se necessário trabalhar as falhas deste processo comunicacional, trabalhando numa mudança de atitude no Sr.J. e mesmo em mim. Isto vai ao encontro da literatura que defende que a comunicação é a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde (Grilo, 2012).

Tal como na situação, alguns autores sentiram necessidade de distinguir o limite entre a resposta assertiva e a resposta agressiva. A resposta agressiva diferencia-se pela focalização nos objetivos do próprio e, por conseguinte, pela desvalorização dos interesses/direito do outro (Grilo, 2012). Por seu lado, a comunicação assertiva destaca-se pela coordenação entre as perspetivas do próprio e as do interlocutor, formando-se uma relação de equidade e respeito entre os dois, que possibilita o aumento da autoconfiança (Mesquita, Paulino, Galante, & Alves, 2011; Grilo, 2012). Assim, a assertividade surge como algo que abrange a comunicação interpessoal verbal e não-verbal, que exige capacidade para gerir emoções, para analisar adequadamente a situação e para implementar comportamentos assertivos (Mesquita, Paulino, Galante, & Alves, 2011). Desta forma, a clareza e honestidade (inerentes à comunicação assertiva), transmitem segurança e, logicamente, contribuem para uma maior adesão ao tratamento (Grilo, 2012). Face ao referido, considero que a construção de um processo comunicacional assertivo - tal como aconteceu com o Sr.J.- permite manter um padrão de conduta pessoal dignificador da enfermagem (e da enfermagem de reabilitação), tal como previsto no Código Deontológico (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Assim sendo, considero que estou a construir uma relação terapêutica e de confiança, **desenvolvendo um processo de autoconhecimento e de assertividade (Competência D1)**, ajustando os recursos (a OC, eu e o Sr. J) à necessidade de ajustar a atitude face ao cuidado e vulnerabilidade. Tal foi (e é) possível graças à reflexão informal com a OC e ao desenvolvimento do presente jornal. Na mesma ótica, considero que estou a desenvolver uma **prática profissional e ética (Competência A1)**, na área da enfermagem de reabilitação, ao demonstrar uma tomada de decisão suportada em normas deontológicas.

Finalmente, creio que ainda ficou por proporcionar um momento para o Sr. J. exprimir como vivencia o processo de adaptação à nova condição de saúde e para explorar se a adoção do humor é de facto um mecanismo de defesa. Por isso, no futuro, procurarei criar esse momento e, se o Sr. J. concordar, ajudá-lo na adaptação à sua nova realidade, questionando sobre o porquê da sua atitude e convidando a explicar-me o que sente em relação à sua de incapacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grilo, A. M. (2012). Relevância da Assertividade na comunicação profissional de saúde - paciente. *Psicologia, Saúde Doenças*, 13(2), pp. 283-297.
- Mesquita, A., Paulino, C., Galante, C., & Alves, S. (Abril-Junho de 2011). Comunicação Assertiva: uma aprendizagem efectiva e salutar na relação com os pares. *Percursos*, 20, pp. 3-15.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice 7 – Jornal de Aprendizagem 3

Promoção dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais no desenvolvimento de um ambiente seguro e terapêutico – desenvolvimento das Competências A2 e B3

Durante estágio na ECCL, tenho desenvolvido um plano de reabilitação com a Sr^a E., que se encontra acamada, no contexto de uma fratura pertrocanterica do fémur à esquerda. Aos longos das visitas domiciliárias, veio a verificar-se alguma negligência e abandono por parte do marido (o cuidador informal). Este nem sempre dormia em casa, a utente ficava muito tempo sozinha, havia dúvidas sobre a administração da medicação e sobre a troca de fraldas (por parte de cuidadoras que haviam sido contratadas pelo marido somente para efeito) e as condições sanitárias da casa tinham vindo a deteriorar-se. Há cerca de 2 semanas, eu e a Sr^a Orientadora Clínica (OC) tínhamos pensado ensinar a técnica de levantar a uma das cuidadoras contratadas, mas durante essa semana a cuidadora não apareceu, o que fez com que nos preocupássemos com o tempo que a Sr^a.E. ficaria sozinha. Na altura, alertámos a assistente social e falámos com o marido da Sr^a.E. (por telefone), o que possibilitou que a cuidadora formal voltasse a estar presente. Porém no decorrer desta semana, a situação social da Sr^a.E. complicou-se. À chegada a casa da Sr^a.E., encontrámo-la caída no chão, com uma almofada debaixo da cabeça, suja de urina. Apesar de presença de sangue na face, encontrava-se consciente. Apresentava-se desorientada (estado habitual), mas apresentava alucinações. A cuidadora encontrava-se a retirar objetos do chão. Pelo que nos explicou, encontrou a Sr^a.E. caída, que havia caído por volta das 3h, e o marido desta tinha-se ido embora e deixado a utente no chão, sozinha, sem contactar a emergência médica. Perante isto, tivemos que refletir sobre o que fazer.

Conseguimos sentar a Sr^a E. num cadeirão e, de seguida, a Sr^a OC decidiu ligar para a chefia do serviço. Posteriormente, o marido da Sr^a E. regressou a casa, já alterado. Quando questionado sobre o motivo de ter deixado a Sr^a E. caída no chão e de se ter ido embora, o marido da utente elevou a voz para a OC e expulsou-nos de casa, impossibilitando uma vigilância do estado de consciência, bem como outras avaliações de enfermagem (monitorização de parâmetros vitais, ...). Já fora do prédio, sugeri à Sr^a OC que contactássemos a emergência médica, para que ficasse gravada, e para que a Sr^a E. fosse observada por outros profissionais e, eventualmente, encaminhada para o hospital. Assim fizemos, esperamos e,

entretanto, veio a polícia e os bombeiros. A Sr^a E. foi encaminhada para o Hospital e a polícia fez participação do ocorrido. Já no Centro de Saúde, ajudei a Sr^a OC a elaborar um mail para os profissionais/áreas necessários a denunciar a situação (entre os quais a Unidade Saúde Pública). No dia seguinte, soubemos que a denúncia foi encaminhada para ser investigada, do ponto de vista criminal. Nesse dia, sugeri ainda à Sr^a OC que, na próxima reunião da ECCI, a equipa refletisse sobre a situação e propusesse um procedimento de atuação, no sentido de melhoria contínua da qualidade e de amadurecimento da própria equipa.

Face à situação, não pude deixar de pensar “Como é possível uma situação chegar a este ponto?”, “Como é suposto defender os **direitos** da Sr^aE.?”, “Qual a responsabilidade que tenho, enquanto enfermeira de reabilitação?” ou mesmo “Como vou desenvolver um **ambiente terapêutico**, no meio desta situação social tão complicada?”. Assim, quando encontrei a Sr^a E. no chão, e até sermos expulsas pelo marido, senti-me assoberbada, meia perdida. Na verdade, senti falta da existência de um procedimento de atuação que elucidasse os profissionais (não habituados à área da comunidade) como agir. Senti-me também insegura, uma vez que realmente percebi que os enfermeiros de reabilitação que exercem na comunidade estão na linha da frente (e muitas vezes sozinhos) para o bom e para o mau, para o diagnóstico de situações de risco e até para a sua resolução. Por outro lado, senti-me satisfeita por ter conseguido ter o discernimento para perceber que precisávamos de notificar as autoridades competentes, nomeadamente a polícia e a emergência médica. Senti-me também parte integrante do processo de equipa, ao sugerir pegar numa situação menos positiva e transformá-la num momento de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, através de um exercício de reflexão em equipa.

Avaliando a situação, evidencio alguns aspetos negativos. A situação da Sr^a E. foi um exemplo de como o desinteresse do cuidador informal e as inadequadas condições habitacionais influenciaram negativamente o processo de reabilitação (apesar de desde a admissão da ECCI, estarem a ser dados alertas sobre possível negligência e de se tentar motivar o cuidador informal para a responsabilidade do cuidar à Sr^a. E.). Da mesma forma, a situação descrita demonstrou o quão prejudicial pode ser a desarticulação entre os vários profissionais de saúde, com outros cuidadores formais e com os cuidadores informais. Além disto, destaco como negativamente a sensação de insegurança e desespero por não saber como atuar ou que recursos acionar. Ainda, não posso deixar de realçar os aspetos positivos.

Destaco como produtivo, o (rápido) trabalho de focalização e pensamento que foi necessário desenvolver para que, no momento, se decidisse solicitar apoio de entidades mais competentes (emergência médica e polícia). Paralelamente, senti-me impelida a refletir sobre a minha responsabilidade profissional, sobre os direitos de cada pessoa e sobre a segurança do ambiente de prestação de cuidados, o que contribuiu positivamente para um reanalisar da forma de agir. Não obstante, realço como positivo a insatisfação da equipa perante esta situação, na medida em que essa mesma insatisfação pode ser a motriz para a mudança e melhoria da qualidade dos cuidados.

Analisando a situação, considero que uma das questões principais é a **negligência** face à pessoa idosa que deveria ser cuidada e a outra é a **responsabilidade profissional** que tenho, enquanto enfermeira de reabilitação, perante este tipo de situações. A violência contra idosos (principalmente contra mulheres idosas) pode ser manifestada através de negligência e abandono, podendo ocorrer dentro ou fora do contexto de violência doméstica (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2016). Assim, considera-se **negligência** ou abandono como a falta de auxílio do responsável pelo idoso, na satisfação de necessidades básicas à sua sobrevivência, como por exemplo a omissão de auxílio ou não possibilitar acesso aos cuidados de saúde (APAV, 2014). Ora neste caso, verificou-se omissão de auxílio por parte do cuidador informal/marido e o impedimento a cuidados de saúde, ao impedir-nos de permanecer no domicílio e avaliar o estado da Sr^a E. A negligência pode ser evidenciada por falta de condições de higiene no quarto (o que acontecia no quarto da Sr^a E.) ou de segurança da habitação. Outro sinal é encontrar o idoso sujo e sem ter tomado banho (o que aconteceu algumas vezes, quando nos deparámos com a Sr^aE. com a roupa do corpo e da cama urinada, sem previsão de quando seriam prestados os cuidados de higiene) (APAV, 2014). Alguns autores seguem a mesma linha de pensamento e afirmam que a violência ocorre muitas vezes no seio familiar (sendo a negligência das situações mais disseminadas), e deve ser entendida como as ações que prejudiquem o estado de bem-estar e a integridade física e psicológica. (Petersen de Oliveira Santos, Andrade da Silva, Santos Carvalho, & de Menezes, 2007). Num estudo realizado sobre as representações dos próprios idosos sobre violência na velhice, verificou-se que a violência foi associada a termos como “abandono”, “negligência” “agressão física” ou “desrespeito”. Na mesma ótica, os participantes associaram medidas preventivas às expressões “denúncia”, “punição”, “políticas” e

“cuidados” (Fernandes de Araújo & Lobo Filho, 2009). Face a situações de negligência e violência à pessoa idosa, surge a preocupação dos enfermeiros responderem de forma eficaz, conseguindo identificar e responder adequadamente (o que parece ter acontecido nesta situação). Encarando, assim, a negligência como um problema de enfermagem, é necessário capacitar os enfermeiros para saber lidar com essa questão (Mendes Pinto, 2013). A propósito da responsabilidade profissional, uma revisão integrativa concluiu que os profissionais de saúde não se sentiam preparados para gerir situações de idosos que estivessem a ser vítimas de maus tratos (Camacho & Alves, 2015). Da mesma forma, uma dupla de enfermeiras propôs um protocolo de identificação de identificação de maus tratos contra a pessoa, com vista à uniformização de procedimentos (tal como quando sugeri a criação de um procedimento por parte da equipa da ECCI) (Mendonça & Durman, 2009).

Assim sendo, considero que identifiquei uma situação de risco e analisei os incidentes relacionados com a pessoa, gerindo situações que comprometessem a dignidade e segurança da pessoa (da Sr^a E.), e **promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Competência A2)**. Consequentemente, creio que ao gerir o risco (com a Sr^a E.) promovi um ambiente gerador de segurança e procurei **manter um ambiente terapêutico e seguro (Competência B3)**.

Por fim, creio que vivenciar esta situação trouxe sérios contributos ao meu desenvolvimento profissional, nomeadamente uma maior capacidade de gestão de situações de crise. Ainda assim, futuramente, espero não “sofrer” tanto com situações similares. Espero também conseguir ter uma capacidade de reação mais efetiva e sentir-me mais à vontade para mobilizar e notificar os recursos/entidades necessárias, no sentido de antecipar e prevenir situações de maus tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV. (2014). *Tipos de Violência e Crime*. Obtido em 21 de Outubro de 2018, de Web site da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: <https://apav.pt/idosos/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2016). Parecer da APAV de 26 de Janeiro de 2016. Sobre Projetos de Lei nºs 61/XIII/1.^a (PSD E CDS-PP), 62/XIII/1.^a (PSD E CDS-PP) e 63/XIII/1.^a (PSD E CDS-PP). Lisboa: APAV.

- Camacho, A. C., & Alves, R. R. (fev de 2015). Maus tratos contra Idosos na Perspectiva da Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista enfermagem UFPE on line*, pp. 927-935.
- Fernandes de Araújo, L., & Lobo Filho, J. G. (2009). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), pp. 153-160.
- Mendes Pinto, S. I. (2013). *Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência à Pessoa Idosa Vítima de Violência*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Mendonça, A. R., & Durman, S. (2009). O Enfermeiro frente aos maus tratos contra o idoso: proposta de um protocolo. *3ª Mostra de Trabalhos em Saúde Pública* (pp. 1-14). Campus da Cascavel: Unioeste.
- Petersen de Oliveira Santos, A. C., Andrade da Silva, C., Santos Carvalho, L., & de Menezes, M. d. (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), pp. 115-127.

Apêndice 8 – Jornal de Aprendizagem 4

A Adoção de um papel dinamizador na promoção da participação social da pessoa e da melhoria contínua dos cuidados – desenvolvimento das Competências B1, B2 e J2

Durante o estágio que estou a realizar num Serviço de Pneumologia, tenho tido a oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa (Sr.A.B.), que apresentava como antecedentes DPOC, tendo como motivo de internamento os diagnósticos de Neoplasia do Pulmão e AVC isquémico em múltiplos territórios da Artéria Cerebral Média bilateral e do cerebelo. No primeiro dia, percebi que o senhor apresentava afasia de expressão, com a capacidade de nomeação e de repetição afetada, mas com a compreensão mantida (essencialmente para construções sintáticas mais simples) (Fontoura, 2012). Neste caso, num primeiro momento, a gramática apresentava-se “telegráfica” e o vocabulário restritivo (Fontoura, 2012).

Perante a dificuldade do Sr. A. na expressão, e da equipa em compreender o que o Sr. A pretendia dizer, questionei a Sr^a Orientadora Clínica (OC) se a utilização de um pictograma, não poderia facilitar o processo comunicacional, estando disposta a desenvolver um adaptado à pessoa e ao serviço em questão. No dia a seguir, mostrei o pictograma à Sr^a. OC (que fez uma ou outra recomendação) e decidimos questionar o Sr. A. sobre se achava que aquele instrumento facilitaria o processo comunicacional – Ver Apêndice 1. Através de gestos, percebi que o Sr. A. apresentava-se bastante recetivo e contente com o instrumento, tendo ficado com este.

Perante esta situação, não pude deixar de me questionar “Serei capaz de compreender o que o Sr. A. quer transmitir?” ou “Serei capaz de desenvolver uma estratégia eficaz para o processo comunicacional?”. Da mesma forma, perguntei-me “Será que ao melhorar a forma do Sr. A. para se expressar, conseguirei prestar cuidados mais adaptados e de maior qualidade?” e, por fim, “Será que a construção de um instrumento, como o pictograma, será uma mais-valia para o serviço?”. Paralelamente, não pude deixar de me sentir receosa pela hipótese do pictograma criado não ir ao encontro das necessidades do Sr. A.. Por outro lado, senti-me satisfeita por o Sr. A. manifestar-se recetivo a novas formas comunicacionais.

Avaliando a situação, identifico como aspetos menos positivos a sensação de frustração do Sr. A. em não conseguir ser entendido e a minha sensação de impotência por eu não conseguir compreendê-lo. Em contraposição, destaco como positivo o *fácies* e os gestos de satisfação do Sr. A., perante a possibilidade de ser melhor entendido com o pictograma. Destaco, ainda, como produtivo o trabalho de

reflexão que foi necessário desenvolver para auferir alternativas ao processo comunicacional.

Analisando a situação, considero que se destacam duas questões: a **promoção da participação social da pessoa para a prestação de cuidados centrados na pessoa** (otimizando o processo comunicacional e identificando as suas necessidades) e a **promoção da melhoria contínua da qualidade** (produzindo instrumentos úteis e facilitadores da prestação de cuidados). Na literatura, tem-se verificado que métodos efetivos de comunicação entre a pessoa e profissional de saúde (como o pictograma desenvolvido) são essenciais à prestação de cuidados de alta qualidade (Institute of Medicine, 2001). De facto, um dos seis objetivos alvitados para a melhoria da qualidade, no século XXI, é o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, isto é, a prestação de cuidados que respeitem e respondam às necessidades, aos valores e às preferências da pessoa, bem como que assegurem que os valores da pessoa norteiam todas as decisões clínicas (Institute of Medicine, 2001).

Na mesma perspetiva, também há quem encare a Qualidade em Saúde como “nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados” (Fragata, 2011, p. 17). Por outras palavras, refere-se a um nível de cuidados que se aproximassem essencialmente das expectativas da pessoa. Ora, otimizando o processo comunicacional, isto é, potencializando a capacidade de expressão da pessoa, não estarei a evidenciar as suas necessidades e preferências? Considero que, pelo menos, há uma tentativa nesse sentido...

Consequentemente, várias organizações e autores têm vindo a identificar a necessidade de uma infraestrutura/método de informação melhorado, que permita estabelecer um processo comunicacional efetivo e oportuno entre a pessoa cuidada e o profissional de saúde (Institute of Medicine, 2001). Também os enfermeiros consideram que a comunicação, enquanto ferramenta confortadora da pessoa e/ou família, é um fator fulcral para a criação de uma relação de proximidade (Carvalhais & Sousa, 2011). Aquando de um estudo exploratório sobre o que contribui para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade a pessoas idosas hospitalizadas, os enfermeiros responderam que os cuidados ideais são aqueles que satisfazem as necessidades da pessoa (como procurei fazer com a criação de um pictograma para o Sr.A.). Por fim, os enfermeiros identificaram os processos de “apoiar/comunicar com o doente” e “colher dados” como parte integrante dos cuidados de qualidade, sustentando que comunicar com a pessoa é uma forma de

demonstrar a disponibilidade do enfermeiro, e que o momento de colher dados (neste caso através de um pictograma) pode ser utilizado para estabelecer uma relação de proximidade (Carvalhais & Sousa, 2011, p. 81).

Quando penso no que fiz, concluo que direcionei o meu desempenho para duas vertentes: para a pessoa em questão (Sr.A.) e para um determinado serviço (Pneumologia). Do ponto de vista da pessoa, creio que procurei **promover a participação social da pessoa com DPOC e outros défices do autocuidado (Objetivo J2.2)**, ao promover alternativas à comunicação e interação do Sr. A. com outras pessoas.

Do ponto de vista organizacional, creio que procurei colaborar em procedimentos de qualidade aplicáveis aos cuidados, participando em projetos de melhoria da qualidade na área da reabilitação e **procurando desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais (Competência B1)**. Da mesma forma, procurei **colaborar e contribuir para a melhoria contínua da qualidade (Competência B2)**, ao otimizar os processos comunicacionais com outras pessoas com afasia de expressão.

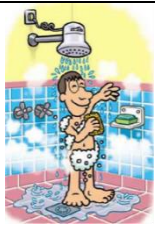
Por fim, em futuras situações, espero desenvolver e adaptar alternativas e novos métodos comunicacionais, que facilitem a interação das pessoas com afasia com o meio. Espero, também, continuar a contribuir para a melhoria dos cuidados, com o desenvolvimento de ideias e instrumentos adequados e pertinentes (e adaptados às necessidades do serviço).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (Mar de 2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem de Referência, III Série*(3), pp. 75-84.
- Fontoura, D. R. (2012). *Afasia de Expressão: Avaliação Neuropsicolinguística e Intervenção com Enfoque na Musicalidade*. Tese de Doutoramento em Ciências da Linguagem / Psicolinguística, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington DC.



DORMIR



TOMAR BANHO



LAVAR AS MÃOS



LAVAR OS DENTES



BARBEAR



VESTIR



PENTEAR



URINAR



EVACUAR



COMER



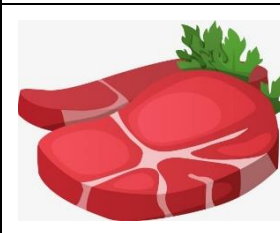
BEBER



FRUTA



SOPA



CARNE



PEIXE



PÃO



BOLOS



IOGURTE



CHÁ



LEITE



ÁGUA



TELEFONAR



ABRAÇAR



FALAR



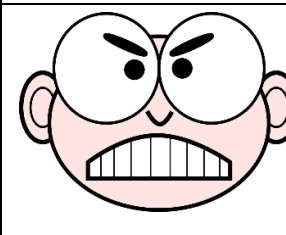
ESCUTAR



ALEGRIA



TRISTEZA



FÚRIA



ABORRECIMENTO



PREOCUPAÇÃO



CASA



ÓCULOS



ENFERMEIRO



MÉDICO



FISIOTERAPEUTA



EXAMES



MEDICAMENTOS



OXIGÉNIO



INALADORES



FALTA DE AR



FEBRE



TOSSE



EXPECTORAÇÃO



CANSAÇO



DOR DE CABEÇA



FRIO



CALOR



COMIÇÃO

SIM

NÃO



OUTRA DOR (localizar)

A B C D E
F G H I J K
L M N O P
Q R S T U
V W X Y Z

1 2 3 4
5 6 7 8
9 0

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

0 (Sem Dor)	1	2	3	4
				5 (Dor Máxima)

ESCALAS DA DOR

Apêndice 9 – Jornal de Aprendizagem 5

Gestão dos cuidados e promoção da articulação multidisciplinar – desenvolvimento da Competência C1

Durante o estágio na ECCI, tenho prestado cuidados de reabilitação à Sr.^a F., no contexto de *status* pós-AVC hemorrágico, com colocação de derivação ventricular (em outubro de 2017). Há cerca de 2 semanas, eu e a Sr.^a Orientadora Clínica tínhamos aconselhado a cuidadora (filha) a solicitar observação médica (por parte do médico de família ou urgência), devido a alteração do foro respiratório. Nessa altura, após entrar em contacto telefónico com a médica de família, a cuidadora levou a Sr.^a F. ao serviço de urgência, e esta foi medicada com antibioterapia e regressado ao domicílio.

Esta semana, aquando de uma das idas ao domicílio, notámos alteração no seu estado neurológico. Habitualmente, a Sr.^a F., dirige o olhar, responde a perguntas simples (através de monossílabos e dissílabos), obedece a ordens simples (dentro das suas limitações). Nesse dia, apercebemo-nos que esta aparentava períodos de ausência, não dirigia o olhar e não respondia às questões. Questionámos a cuidadora sobre se tinha notado alguma diferença, tendo respondido que não.

Avaliámos parâmetros vitais e percebemos que estavam consideravelmente alterados (TA 161/110 FC 70-80bpm). Durante o tempo que permanecemos em casa, o estado neurológico manteve-se. Perante esta situação, explicámos à cuidadora que os valores tensionais da utente não eram os expectáveis, tendo em conta que a utente mantinha a derivação ventricular e que o próprio estado neurológico não era coincidente com as avaliações/observações anteriores. Explicámos ainda que a Sr.^a F., necessitaria de observação médica, sendo que poderia recorrer às urgências, ao que a cuidadora respondeu que não, que *“iria estar muito tempo nas urgências, para depois dizerem que ela estava bem”* (sic).

Tal como em outras vezes, reforçámos a necessidade de, pelo menos, ser observada pela médica de família, ao que a cuidadora deu a entender que a visita domiciliária por parte da médica não seria uma opção viável. Perante isto, explicámos que tínhamos a responsabilidade de encaminhar para outro profissional mas, não sendo uma necessidade urgente/emergente, quem tinha o poder de decisão sobre a ida ao hospital era a cuidadora (quer perante uma avaliação enfermagem, quer perante uma avaliação de outro profissional).

Face à situação, não pude deixar de pensar “A cuidadora perceberá o que pode estar em causa ou está em negação?”, “Onde está a articulação da **equipa multidisciplinar**?”, “Como encaminho um utente para outros profissionais, no contexto de ECCI?” ou ainda “Como torno a **cuidadora** parceira dos cuidados que presto?”. Não pude deixar de me sentir frustrada e angustiada com a situação. Apesar de não ser uma urgência, sei que a Sr.^a F.,. beneficiaria de observação médica, e que mais facilmente o receberia, se a equipa estivesse articulada de outra forma. Por isso, senti-me desapontada por não existir uma articulação facilitadora entre os vários profissionais. Senti, ainda, que a cuidadora poderia estar a desvalorizar a nossa recomendação (consciente ou inconscientemente), desvalorizando o saber de enfermagem. Por outro lado, senti falta de uma equipa multidisciplinar, que avaliasse a situação e que permitisse uma discussão e decisão com a cuidadora (através de uma conferência familiar, por exemplo) sobre o rumo a adotar (se cuidados mais interventivos e invasivos se cuidados de conforto/gestão de sintomas).

Avaliando a situação, destaco alguns aspetos negativos. A presente situação evidencia a insuficiente articulação dentro de uma equipa, que se pretendia interdisciplinar, mas que está definida como multidisciplinar. Paralelamente, considero angustiante, o facto de a nossa recomendação não ter sido bem percecionada/encarada pela cuidadora, que optou por não encaminhar a mãe para um profissional médico. Ainda assim, realço como positivo a capacidade de identificar situações que transcendem o âmbito da enfermagem de reabilitação, e que necessitem de encaminhamento para outro campo profissional. Também saliento o processo de reflexão que desenvolvi, ao tomar consciência de que, apesar de competir ao enfermeiro de reabilitação gerir os cuidados e otimizar a resposta de toda a equipa, esta é condicionada por outros profissionais e até pelos cuidadores informais (que detêm o “poder” no seu ambiente, mesmo perante parecer de outros profissionais).

Analisando a situação, considero que uma das questões principais é a **articulação entre a equipa multidisciplinar** (ou a falta dela) e a outra é a **resposta dos cuidadores** aos cuidados/recomendações dos profissionais de saúde. Nos cuidados no domicílio, muitas vezes, a família assume a responsabilidade que seria de um profissional, pelo que se torna necessário avaliar e respeitar as condições/limitações de cada família (o que se tentou fazer na presente situação) (Santos, Ponce de Leon, & Funghetto, 2011). Ainda assim, a experiência do cuidar

pode revelar-se uma experiência desgastante e absorvente (o que é visível na cuidadora Sr.^a F.,) (Ferraz Pereira & Paiva e Silva, 2012). De facto, os estudos demonstram a importância do suporte do cuidador no domicílio, principalmente quando ocorre um aumento na complexidade dos cuidados necessários à estabilidade da pessoa (o que se procurou fazer ao explicar à cuidadora a necessidade de observação médica). Isto revela a necessidade da equipa multidisciplinar assumir-se como aliada essencial do cuidador (Brondani & Beuter, 2009). Efetivamente, a existência de uma equipa multidisciplinar permite uma prática promotora do desenvolvimento pessoal e organizacional (em que várias disciplinas aprendem com e sobre as outras), conduzindo à resolução de problemas em rede e à interdependência técnica necessária à qualidade da intervenção em saúde (o que nesta situação não foi possível) (Conceição e Neves, 2012). Apesar disto, o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar tende a ser pouco explícito, particularmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Conceição e Neves, 2012). Por outro lado, a existência de uma equipa interdisciplinar integra várias disciplinas e áreas do conhecimento profissional, mas direciona-as para a resolução dos problemas de saúde (Conceição e Neves, 2012).

Conforme o que está regulado, compete ao enfermeiro informar a pessoa/cuidador sobre os recursos disponíveis e como obtê-los, bem como atuar dentro da sua área de competência, reconhecendo a especificidade de outras profissões. Por conseguinte, deve ser capaz de trabalhar em articulação e complementaridade com os demais profissionais de saúde (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Logicamente, a efetividade da reabilitação depende, tanto do envolvimento da família e sociedade, como da articulação da equipa multidisciplinar (enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, gerontologia, ...) (Mancussi e Faro, 2006). Por outras palavras, a reabilitação faz-se junto da família/cuidadores, pessoa cuidada e profissionais especializados, todos integrados numa equipa, onde seja possível usufruir do conhecimento individual e da comunicação e dinâmica entre os envolvidos (Mancussi e Faro, 2006). Ora, nesta situação, apesar de ter reconhecido e atuado dentro do espectro da minha ação, não me foi possível trabalhar em complementaridade, o que complicou (e complica) a o processo de reabilitação.

Assim sendo, quando penso no que fiz, concluo que identifiquei uma situação em que era necessário o encaminhamento a outro profissional e tinha a ideia de colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar (o que por fatores externos a mim

não se concretizou), gerindo a qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, creio que estou a trabalhar para conseguir **gerir os cuidados e otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, promovendo a articulação na equipa multidisciplinar (Competência C1)**. É certo que facilmente se questiona o motivo de não se ter contactado diretamente a emergência médica, mas não sendo uma emergência, decidimos adotar um modelo de capacitação do cuidador e de respeito pelo poder legal que este tem.

Por fim, espero continuar a trabalhar no processo de articulação com outros profissionais, conseguindo comunicar mais eficazmente em prol da pessoa cuidada, e conseguindo contribuir para uma organização multidisciplinar, que responda mais eficazmente às necessidades das pessoas/famílias. Espero também ser capaz de estabelecer uma relação com a cuidadora, que possibilite a discussão sobre o que esta espera de nós/mim, enquanto enfermeira(s) de reabilitação, e sobre quais as expectativas da cuidadora em relação ao estado da Sr.^a F., (sobre se a decisão de não levar a Sr.^a F., ao hospital é para não a sujeitar a mais sofrimento, se é por incompreensão do que tentámos transmitir ou se é mesmo por não concordar com a nossa/minha avaliação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brondani, C. M., & Beuter, M. (jun de 2009). A vivência do cuidar no contexto da internação hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, 30(2), pp. 206-2013.
- Conceição e Neves, M. M. (Dez de 2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(8), pp. 125-134.
- Ferraz Pereira, I. C., & Paiva e Silva, A. A. (1º Semestre de 2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*, 16(1), pp. 42-54.
- Mancussi e Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), pp. 128-133.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, L. R., Ponce de Leon, C. G., & Funghetto, S. S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16(Supl I), pp. 855-863.

Apêndice 10 – Jornal de Aprendizagem 6

Gestão dos Recursos às Situações e Contextos: A Procura pela Qualidade dos Cuidados

Antes de iniciar este estágio, nunca havia tido contacto com um serviço de pneumologia. Também no estágio anterior não tive oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a pessoas com alteração do foro respiratório. Assim sendo, esta primeira semana serviu para me aperceber do funcionamento do serviço, do tipo de intervenção realizado pelos enfermeiros de reabilitação, dos recursos humanos e materiais disponíveis. Questionei a Sr^a Orientadora Clínica (OC) sobre o material existente no serviço para o processo de reabilitação motora (bastões, oxímetros portáteis), bem como os dispositivos de oscilação intrapulmonar (shaker, acapella). Senti necessidade de comunicar à Sr^a. OC sobre a minha inexperiência: na prestação de cuidados de reabilitação (e mesmo gerais) a pessoas com alteração do foro respiratório, com a interpretação de meios complementares de diagnóstico e tratamento (como a radiografia e a tomografia axial computadorizada/TAC torácica), com realização de exercícios respiratórios e com o manuseio de dispositivos de oscilação intrapulmonar. Expliquei também que a minha experiência com terapêutica inalatória era, essencialmente, com inaladores pressurizados doseáveis (como o Salbutamol®, Atrovent® e Beclotaide®).

No primeiro dia, a Sr^a OC exemplificou alguns planos de reabilitação que havia estabelecido com algumas pessoas, o uso do peak flow meter e do shaker, e ajudou-me a analisar algumas radiografias e TAC e a auscultar. Mostrou-me ainda a caixa existente com vários modelos de inaladores, que poderiam ser utilizados para realizar ensinos às pessoas que iniciariam ou mudariam o tipo de inalador.

No dia seguinte, acompanhei outra Sr^a. Enfermeira e já pude colaborar na prestação de cuidados especializados e já consegui orientar uma senhora no uso do peak flow meter. Nesse dia, pedi à Sr^a. Enfermeira que me ajudasse a perceber o funcionamento e como manusear os diferentes tipos de inaladores. A Sr^a. Enfermeira assim o fez, e consegui compreender melhor o funcionamento e como manusear os inaladores de pó seco (como o Handihaler®, o Diskus® e o Turbohaler®), os dispositivos inalatórios com solução para inalação por nebulização (como o RespiMAT®), ou ainda os sistemas de nebulização pneumático (tipo PARI TurboBoy®). Também nesse dia, voltámos a interpretar algumas radiografias e a proceder à auscultação dos campos pulmonares das pessoas a reabilitar. No final

dessa semana, já consegui liderar algumas sessões de reabilitação, com supervisão da Srª Enfermeira, de forma mais segura.

Perante isto, no primeiro dia, não pude deixar de me sentir assoberbada e insegura. Uma situação é a aquisição de conhecimento teórico (transmitido através das aulas, de livros e artigos), outra completamente diferente é o conhecimento prático e a aplicação desses conhecimentos, em situações reais. Dada a minha (ainda) inexperiência, senti-me renitente e não pude deixar de pensar “Conseguirei conceber e implementar um plano de reabilitação respiratório eficaz?”, “Conseguirei manusear dispositivos de oscilação intrapulmonar corretamente?” ou ainda “Serei capaz de realizar ensinamentos sobre terapêutica inalatória, quando eu própria me sinto pouco preparada?”. Por outro lado, no segundo dia, já me senti ligeiramente mais confortável com a execução de algumas técnicas, mas ainda senti que devia ser sincera e pedir ajuda e esclarecimento quanto à inaloterapia. No terceiro dia, senti-me mais confortável, mas com necessidade de um apoio/supervisão na execução das técnicas e no pensamento.

Avaliando a situação, considero como menos positivo a sensação de incerteza, bem como a insegurança na forma de agir. O receio de não saber como agir causou, pois, uma sensação de frustração e alguma inaptidão para o desempenho de cuidados de reabilitação. Não obstante, destaco como positivo, a necessidade que tive de repensar a minha forma de agir (no sentido de melhoria) e a aprendizagem que fiz durante esta primeira semana, e que me permitiu ter uma sensação de maior segurança, no final da mesma.

Analisando, considero que o que está em causa é a existência dos recursos (materiais e humanos) necessários à prestação de cuidados de reabilitação, bem como a capacidade para gerir esses recursos à situação e contexto, tendo em vista a qualidade dos cuidados. De facto, a qualidade dos cuidados de saúde depende, também, da existência de recursos qualificados e materiais adequados às necessidades dos mesmos (Peres & Ciampone, 2006). A capacidade de gestão e organização desses mesmos recursos, constitui-se como uma ferramenta no processo de cuidar, com o objetivo de promoção, prevenção e reabilitação. Na mesma ótica, a literatura sustenta que os profissionais devem estar aptos a gerir, quer os recursos físicos, quer os materiais (Peres & Ciampone, 2006). A literatura sustenta, ainda, que os recursos aplicados à área da reabilitação nem sempre são suficientes. Ainda assim, o processo de reabilitação visa trabalhar o potencial da

pessoa, utilizando os recursos físicos e ocupacionais (que procurei conhecer nesta primeira semana) (Scramin & Alves Machado, 2006).

Quando penso no que fiz durante esta primeira semana, concluo que tenho analisado os riscos, que possam ter repercussão na prestação de cuidados de reabilitação. Por conseguinte, tenho trabalhado para **ajustar os recursos às necessidades dos cuidados (de reabilitação), procurando gerir esses às situações e contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Competência C2).**

Por fim, no futuro, espero consigo mobilizar os recursos necessários no meu agir especializado. Para além disto, espero conseguir ter um cuidar mais seguro e confiante, com vista à recuperação da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Peres, A. M., & Ciampone, M. H. (Jul-Set de 2006). Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), pp. 492-499.
- Scramin, A. P., & Alves Machado, W. C. (diciembre de 2006). Cuidar de Pessoas com Tetraplegia no Ambiente Domiciliário: Intervenções de Enfermagem na Dependência de Longo Prazo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), pp. 501-508.

Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem 7

Promoção de uma *práxis* especializada em padrões de conhecimentos atual – desenvolvimento da Competência D2

Na passada semana, decorreram as “2as Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental”, subordinado ao tema “Da Prática Clínica à Integração de Cuidados”, nas quais participei. Procurei participar nestas jornadas com a ideia de participar num *workshop* sobre ventilação não invasiva (VNI) e de assistir a algumas apresentações.

Tive particular interesse e assisti às apresentações sobre “Promoção do Autocuidado no Doente com DPOC” e “Registos de enfermagem de reabilitação”, com o intuito de retirar contributos para o tema em desenvolvimento (“Efetividade da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”).

Relativamente à primeira, foi apresentado um estudo que foi elaborado num serviço de pneumologia de um Centro Hospitalar. A preletora definiu como objetivos aumentar os conhecimentos dos doentes sobre DPOC, capacitá-los para a doença e executar um plano de reabilitação. A amostra era composta por pessoas com DPOC, com dependência mínima prévia ao internamento. Procedeu-se a uma avaliação nas primeiras 48h (pós admissão) e a uma avaliação final (recorrendo à Escala de *Borg* Modificada, ao COPD *Assessment Test*, à MIF, à prova de marcha e aferição de O₂).

O plano de reabilitação incluiu exercícios respiratórios e motores (exercícios de relaxamento, promotores da ventilação, limpeza das vias aéreas, mobilização dos membros com e sem resistência, treino de marcha, treino de escadas). O plano incluiu, ainda, um plano de ensinamentos sobre conservação de energia, realização de atividades de vida diária e uso de dispositivos acessórios. Seguiu-se a avaliação dos resultados, tendo o estudo englobado 9 pessoas com DPOC, com idade compreendida entre os 63 e os 90 anos, com 11 dias de intervenção. Verificaram-se **ganhos em saúde, principalmente, aumento do score da MIF e aumento da autonomia do autocuidado**. Foi explicado que a preparação para alta teve como foco a capacitação e aumento de conhecimento sobre DPOC, exercícios respiratórios, técnicas de conservação de energia, inaloterapia, oxigenoterapia e VNI. Foi clarificada a ideia de uma futura parceria com Agrupamentos Centros

Saúde (E-DPOC), direcionando a pessoa com DPOC (grupo D), com 2 ou mais comorbidades, sob oxigenoterapia longa-duração e/ou VNI domiciliar, com necessidade de telemonitorização.

No que se refere à segunda palestra mencionada, foi explicado de que forma é efetuado o registo por parte dos enfermeiros de reabilitação, numa unidade de insuficiência cardíaca de um Centro Hospitalar. Na unidade em questão, com recurso ao Sclenic®, os focos mais utilizados são “Ventilação”, “Limpeza das vias aéreas”, “Movimento Muscular”, “Andar”, “Gestão do Regime Terapêutico” e “Comportamento, Adesão”. Foi também clarificado de que forma são registadas as ações de enfermagem, dentro de cada foco. A preletora explicitou que esta forma de registo, teve como alicerce o “Core de Indicadores por Categorias de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” e o “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação”. Foi ainda explicado que a criação de um **grupo de parametrização de enfermagem de reabilitação no Centro Hospitalar possibilitou a avaliação de ganhos e perceber a efetividade da intervenção do enfermeiro de reabilitação**. Por outras palavras, a uniformização dos registos possibilitou comparar níveis de dependências e os juízos dos focos à entrada e saída do serviço de saúde.

Por outro lado, tive particular interesse em assistir às palestras sobre “Reabilitação Cardiorrespiratória no Doente Transplantado Cardíaco” e sobre “Programa de Reabilitação Cardíaca”, com o intuito de retirar contributos para minha futura prática de cuidados (talvez como enfermeira de reabilitação), no serviço em que atualmente exerço funções (Cardiologia). A palestra **“Reabilitação Cardiorrespiratória no Doente Transplantado Cardíaco”** incidiu sobre os **benefícios da mesma (aumento da força muscular, melhoria da função respiratória, aumento do débito cardíaco e da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, e aumento da sobrevida)**, explicitando as etapas do processo de reabilitação no doente transplantado cardíaco (fase I das 12h as 24h; fase II até cerca de 3 meses e podendo chegar aos 6 meses; fase III a partir dos 6 meses, em ginásios e eventualmente em centros de saúde). Foram ainda clarificados alguns dos exercícios adotados nos planos de reabilitação (reeducação diafragmática, exercícios de expansão pulmonar, abertura costal global seletiva, manobras acessórias, ensino da tosse com contenção da sutura, ...). A palestra “Programa de Reabilitação Cardíaca” teve o enfoque na apresentação de um programa de

reabilitação, adotado num Centro Hospitalar da região norte, em parceria com um ginásio e clínica de reabilitação (para fase III), sob a Coordenação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Além das palestras supracitadas, participei num **workshop sobre Noções básicas de VNI**, com o objetivo de estar **melhor preparada para exercer a função de enfermeira de reabilitação, num serviço de pneumologia** (próximo contexto de estágio), uma vez que tenho pouca experiência com VNI. Este workshop fez uma revisão sobre indicações e contra-indicações, sobre parâmetros ventilatórios e sobre cuidados de enfermagem no início da VNI. Além disto, teve uma componente prática, onde foi possível conhecer os vários tipos de interface (nasal, facial, bucal) e os acessórios disponíveis, bem como os vários tipos de equipamento de VNI (modelos de BIPAP, de traqueias, ...).

Face aos temas das Jornadas, não pude deixar de me sentir curiosa com as palestras que mencionei. Questionei-me se, no futuro, serei capaz de desenvolver um estudo sobre os ganhos da intervenção do enfermeiro de reabilitação e, ainda, de os divulgar a outros profissionais. Para além disto, questionei-me se serei capaz de transpor para a prática de cuidados, a evidência produzida pelos vários projetos/programas apresentados. No fundo, perguntei-me se serei capaz de mobilizar a evidência e de a produzir, enquanto enfermeira de reabilitação.

Avaliando a situação, destaco como positivo os contributos oriundos das diversas palestras e do *workshop*. Da primeira e segunda apresentações, consegui retirar aspetos pertinentes para a construção do relatório de estágio e para a prestação de cuidados de reabilitação a pessoas com DPOC (na primeira, a partir de uma investigação efetuada no serviço e, na segunda, a partir da experiência vivida). Por outras palavras, da apresentação “Promoção do Autocuidado no Doente com DPOC” pude perceber que a efetividade do enfermeiro de reabilitação traduziu-se no aumento do score da MIF e da autonomia do autocuidado. Já da Apresentação “Registos de enfermagem de reabilitação” consegui compreender que a uniformização dos registos possibilita uma maior continuidade de cuidados e um maior controlo na avaliação dos resultados.

Das palestras sobre reabilitação cardiorrespiratória, retirei contributos para a minha (futura) prática de enfermeira de reabilitação, no contexto onde trabalho (serviço de cardiologia), a partir de experiências/projetos implementados. Quero com isto dizer que consegui ter uma maior noção de como implementar um plano de reabilitação à pessoa com alteração do foro cardiorrespiratório.

Por fim, a participação no **workshop** serviu para me preparar para o próximo estágio (num serviço de pneumologia) e sentir-me mais à vontade com o manuseio de equipamentos e interfaces de VNI, graças à componente prática.

Analizando a situação, considero que o que está em causa é a adoção de uma **prática de enfermagem de reabilitação baseada na evidência**, ou melhor, é a procura pela promoção de uma práxis baseada no conhecimento mais atual.

De acordo com a literatura, a melhor evidência é oriunda de estudos clínicos sobre a eficácia e segurança dos esquemas terapêuticos, de reabilitação e preventivos. Por outras palavras, a melhor evidência surge da pesquisa clínica relevante, focada no doente para melhoria das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico/resultados, tratamento/intervenções, reabilitação e prevenção (Pedrolo, et al., 2009; Cruz & Pimenta, 2005). Assim, a prática baseada na evidência (PBE) é considerada uma metodologia para a prática clínica, que consiste na utilização de evidências científicas (resultados de pesquisas na prática profissional), produzidas por estudos com rigor metodológico, de forma a decidir sobre as melhores e mais relevantes condutas sobre o processo de cuidar (Pedrolo, et al., 2009). Neste caso, foi possível perceber as condutas adequadas ao nível da prestação de cuidados de reabilitação ao doente com DPOC, com alteração do foro cardiorrespiratório ou sobre VNI).

Da mesma forma, a prática baseada em evidência (PBE) contribui para a precisão diagnóstica, pois esta prevê que os resultados das pesquisas sustentem a validade da própria evidência. Ainda assim, tem-se constatado que permanece a necessidade de se realizarem estudos que demonstrem a relação entre manifestações e diagnósticos (Cruz & Pimenta, 2005). Esta existência de evidência relativa a diagnósticos (ainda que insuficiente), bem como a correta aplicação dos resultados às situações clínicas reais dependem do desenvolvimento das habilidades do enfermeiro, dos quais a capacidade de identificação de fontes de informação fidedignas, de seleção de critérios de pesquisa e de interpretação dos resultados (Pedrolo, et al., 2009; Cruz & Pimenta, 2005). O enfermeiro correlaciona, então, os conhecimentos explícitos (pesquisas) e os empíricos (prática) e aplica as evidências científicas na sua prática (Pedrolo, et al., 2009). Perante isto, a PBE requer a capacitação do enfermeiro na procura de estratégias para o desenvolvimento/utilização de pesquisas na prática, de modo a ultrapassar a divergência entre a teoria e o cuidar (tal como procurei fazer ao participar nas Jornadas em questão) (Pedrolo, et al., 2009).

Tendo em conta esta reflexão, quando penso no que fiz, concluo que procurei responsabilizar-me pela minha aprendizagem, dentro da área de especialidade que me encontro a desenvolver. Da mesma forma, a participação nestas jornadas procurou ser uma ferramenta para suportar a minha prática clínica (como enfermeira de reabilitação), na investigação produzida e no conhecimento atual. Além disto, esta participação teve o intuito de contribuir para a implementação de padrões/procedimentos sobre a prática especializada da enfermagem de reabilitação, nos vários contextos de exercício profissional. Assim sendo, considero que procurei sustentar as minhas tomadas de decisão no conhecimento atual, procurando **basear a minha práxis especializada em padrões de conhecimento (Competência D2)**.

Por fim, no futuro, espero implementar os contributos na minha práxis, enquanto enfermeira de reabilitação. Espero, ainda, contribuir para produção de evidência e para a promoção ativa de uma prática de enfermagem de reabilitação baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruz, D. d., & Pimenta, C. A. (maio-junho de 2005). Prática Baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-americana*, 13(3), pp. 415-422.
- Pedrolo, E., Reichembach Danski, M. T., Mingorance, P., Souza Marques de Lazzari, L., Joaquim Méier, M., & Karla, C. (Outubro-dezembro de 2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), pp. 760-763.

Apêndice 12 – Jornal de Aprendizagem 8

Avaliação e implementação de intervenções no cuidar a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida – desenvolvimento das Competência J1 e J3

Na semana passada, iniciei um programa de reabilitação com uma pessoa vinda referenciada pelo hospital para a ECCL. Pela primeira vez, pude acompanhar o processo de admissão, de planeamento e negociação dos cuidados com a pessoa. A Sr^a. P. (97 anos) veio reencaminhada de um serviço de ortopedia, após ter sido submetida a hemiartroplastia unipolar cimentada, na sequência de uma fratura subtrocantérica do fémur à direita (no contexto de uma queda no domicílio). Antes da primeira visita domiciliária, procurei saber os dados relativos à Sr^a. P. e à sua situação, na plataforma da Rede Nacional Cuidados Continuados (RNCC). Questionei também a Sr^a. Orientadora Clínica (OC) sobre qual o procedimento da admissão. A Sr^a OC estabeleceu o primeiro contacto telefónico e pude perceber que, este contato, é útil para retirar informações relativas ao regresso ao domicílio (a Sr^a P. mantinha diminuição do apetite, tal como no internamento), à presença/ausência de cuidador (Sr^a. P. mantém 2 cuidadoras privadas, todos os dias, das 9h-15h e das 18h-9h), bem como para validar algumas das informações disponibilizadas pelo hospital. Este contato serve ainda para agendar a primeira visita domiciliária.

Na primeira visita domiciliária, fomos recebidas por uma das cuidadoras, que nos apresentou a Sr^a P. (que já se encontrava sentada no cadeirão da sala), bem como as condições da habitação, possibilitando uma avaliação das condições sanitárias e de acessibilidade da mesma (habitação com condições sanitárias, com espaço para circular um cadeirão com rodas entre o quarto e sala, espaço para circular com cadeira de rodas no corredor, restantes quartos e cozinha, sem espaço no wc). Posteriormente, avaliei o estado cognitivo e mental da Sr^a.P., bem como as questões da higiene (a higiene é realizada no leito, através de sistema totalmente compensatório), alimentação (alimenta-se autonomamente), hidratação (sem alterações, mas ingere menos de 33 cl/dia) e eliminação (apresenta incontinência urinária prévia à queda, mas mantém controlo esfíncter anal).

Para além disto, pedi à Sr^a. P. e à cuidadora que nos explicasse como ocorreu a queda, uma vez que esta ocorreu na sala. Pedi, ainda, à Sr^a. P. que nos mostrasse como realizava marcha com andarilho (tínhamos a informação de que a utente já tinha iniciado treino de marcha com andarilho), para proceder à avaliação da marcha

e à avaliação do levante do cadeirão para a adoção da posição ortostática. Constatei que a Sr^a. P. necessitava de um sistema parcialmente compensatório no levante, que tinha dificuldade na adoção da posição ortostática e que, durante a marcha com andador, realizava inclinação do tronco para trás e colocava os membros inferiores muito mais à frente que a linha média do corpo e do que o tronco. Procedi à avaliação da forma como a utente se deitava no leito (necessitava de um sistema parcialmente compensatório).

Já no leito, pedi à Sr^a. P. que nos mostrasse as capacidades de se posicionar no leito, de alternar posição e as capacidades para realizar algumas atitudes terapêuticas, como a ponte e o rolar (que as realiza de forma autónoma). Além disto, procedi a avaliação da força muscular dos vários segmentos (diminuição da força na flexão/extensão das mãos, na flexão da escapulo-umeral à direita – resultante de uma fratura antiga -, na abdução/adução da coxofemoral à direita), e prossegui com a avaliação da rigidez articular (presente nas mãos, mais acentuada a esquerda) e da amplitude articular (diminuição do ângulo realizado pela flexão da escapulo-umeral à direita). Procedi ainda à avaliação da dor (dor ligeira a moderada segundo Escala Qualitativa, na região inguinal direita, por períodos). Além disto, procedi à avaliação do equilíbrio estático e dinâmico (sentada na cama e na posição ortostática), verificando que tinha equilíbrio sentado mantido, mas equilíbrio ortostático diminuído.

Também pedimos à cuidadora para nos mostrar como esta e a Sr^a. P. se articulavam na transferência leito/cadeira de rodas, verificando que a cuidadora adotava um sistema totalmente compensatório. Por outras palavras, a cuidadora substituía a Sr^a. P., não a deixando tentar nem participar na transferência, referindo que a Sr^a. P. não era capaz. Para complementar, também procedi a uma avaliação do estado físico e verifiquei a existência de pele e mucosas desidratadas, bem como à avaliação do risco de queda (alto).

No final da sessão, a Sr^a. P. questionou sobre o que achávamos da sua situação e sobre a vontade que tinha em voltar a andar. Procurei explicar à Sr^a. P., numa linguagem acessível, quais os pontos que considerávamos necessário desenvolver no plano de reabilitação: proceder a treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, treinar a marcha com andador, gerir o risco de queda e realizar um trabalho de capacitação e consciencialização das cuidadoras para o autocuidado (vestir, higiene, arranjar-se) e para as transferências/levante (de forma a evoluir para sistemas parcialmente compensatórios, onde é dado tempo e espaço à Sr^a. P. para

gerir e desempenhar algumas ações, como o vestir/realizar higiene da parte superior do corpo, pentear-se, transferir-se...). Questionei a Sr^a. P. sobre se concordava com o plano, tendo afirmado que lhe parecia bem, “que só queria voltar a andar” (sic). Negocieei, ainda, com a Sr^a. P. que esta iria fazer um esforço para se alimentar melhor e para ingerir cerca de 3 garrafas de 33 cl/dia. Quando cheguei ao Centro de Saúde, procedi ao registo das várias avaliações realizadas, na plataforma da RNCC e à criação informática do plano de cuidados.

Na sessão seguinte, a cuidadora confirmou que a utente se andava a alimentar melhor e que já ingeria mais líquidos. Procedi ao treino de equilíbrio estático ortostático e verifiquei que a Sr^a P. demonstrava mais medo de queda nessa posição do que a realizar marcha com andarilho, pelo que foi sendo necessário ajustar o treino ao medo da utente, no sentido de a Sr^a. P conseguir ultrapassá-lo. Ao longo das sessões, fui então começando a implementar o plano de reabilitação que defini.

Face a esta situação, não pude deixar de me sentir ansiosa com este novo desafio, com a primeira admissão de uma pessoa, sobre o enfoque e responsabilidade da enfermagem de reabilitação. Não pude deixar de pensar “Será que serei capaz de proceder a uma avaliação eficaz das alterações limitadoras da funcionalidade da pessoa?” ou “Será que serei capaz de conceber e implementar intervenções optimizadoras das diferentes funções da pessoa?”. Apesar disto, não pude deixar de me sentir motivada pela possibilidade e desafio de criar uma relação de confiança com a pessoa (desde o momento “zero”/chegada à ECCI) e de me assumir como líder dos cuidados de reabilitação, num plano negociado com a pessoa.

Avaliando a situação, destaco o receio e a insegurança perante uma nova situação como um aspeto menos benéfico. Ainda assim, destaco como positivo a oportunidade para compreender como é efetuado o processo de admissão, bem como a importância de uma adequada avaliação inicial no planeamento de resultados realistas, na implementação de um plano efetivo e na comparação com os ganhos obtidos. Realço, ainda, como benéfico e essencial a negociação que foi feita com a Sr^a. P., relativamente ao plano de reabilitação e aos seus “requisitos” (alimentação e hidratação adequadas).

Analisando a situação, considero que uma das questões principais é a **avaliação inicial** da capacidade funcional da pessoa (idosa) e a outra é a **conceção/implementação do plano de reabilitação**, garantindo a qualidade dos cuidados. Num estudo de investigação, quando questionados sobre que processos

eram desenvolvidos para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os enfermeiros identificaram 4 etapas: investigação/diagnóstico, planeamento, realização de atividades de enfermagem e avaliação do processo (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Relativamente à avaliação inicial, a avaliação da capacidade funcional possibilita ao enfermeiro de reabilitação perceber a capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária (AVD). De facto, a avaliação das capacidades funcionais proporciona um importante diagnóstico da situação, bem como possibilita a compreensão sobre o prognóstico, em contextos clínicos diversificados (Arena, et al., 2007).

No que se refere à reabilitação do idoso, o enfermeiro de reabilitação deve incidir na capacidade remanescente e nas habilidades do idoso, de forma a adquirir o mais alto nível de autonomia no autocuidado. Para além disto, o foco da reabilitação deve ser nas funções remanescentes, que beneficiam de modificação, através de um processo essencialmente educativo (Diogo, 2000). Assim, a avaliação funcional do idoso é de considerável importância, sendo o desempenho nas AVD um dos parâmetros mais reconhecidos, uma vez que a independência nas AVD envolve questões de natureza emocional, física e social (tal como aconteceu na avaliação da Sr^a. P.). A avaliação funcional do idoso possibilita, ainda, uma visão mais precisa quanto à gravidade e impacto da lesão, devendo identificar os sistemas de apoio existentes (no caso de Sr^a. P., as cuidadoras contratadas e os sobrinhos constituem-se como sistema de apoio) (Diogo, 2000).

Por outro lado, ao planear os cuidados à pessoa idosa, o enfermeiro de reabilitação deve considerar os recursos disponíveis no ambiente físico (espaço na sala, quarto e corredor da Sr^a. P.), os equipamentos (Sr^a. P. possui um cadeirão com rodas, cadeira sanitária e andarilho) e os recursos humanos (cuidadoras 21h/d). Compreensivelmente, os objetivos a serem alcançados deverão ser traçados em conjunto com a pessoa, apoiando as suas decisões (tal como aconteceu com a Sr^a. P.) (Diogo, 2000). Na implementação das intervenções, o enfermeiro de reabilitação deve seleccionar e realizar as intervenções, centrando-as nas rotinas do idoso (como quando combinámos o plano e os dias de sessão de reabilitação com a Sr^a. P.).

Assim sendo, concluo que avaliei as alterações que determinam limitações à funcionalidade da pessoa com défices nos autocuidados (Sr^a. P.). Para isso, foi necessário rever e recolher informação sobre a situação de saúde (através de instrumentos validados), avaliar a capacidade funcional da Sr^a. P. e registar as avaliações realizadas e a informação colhida. Concluo, também, que concebi um

plano de intervenção, com o objetivo de promover o autocuidado na Sr^a. P.. Para isso, foi necessário proceder a uma revisão sobre as intervenções integrantes da reeducação funcional motora (neste caso) e proceder à personalização dessas intervenções à situação/condição da Sr^a. P.. Além do referido, considero que comecei a implementar as intervenções otimizadoras da função motora na Sr^a. P., executando o plano de intervenção delineado, articulando com os recursos (materiais e humanos/cuidadoras) da Sr^a. P. e colaborando com a restante equipa. Ainda assim, não se procedeu a uma avaliação dos resultados das intervenções, uma vez que a implementação do plano de reabilitação está numa fase inicial. Paralelamente, considero que comecei a implementar um plano de reabilitação (principalmente motor) com a Sr^a. P.

Não obstante, creio que estou a trabalhar para ser capaz de **avaliar e implementar intervenções no cuidar a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em qualquer contexto (Competência J1)**. Da mesma forma, considero que estou a procurar **maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Competência J3)**.

Por fim, espero continuar a trabalhar no desenvolvimento da competência, investindo particularmente na avaliação dos resultados oriundos das intervenções. Em futuras situações, espero manter a mesma forma de atuação, numa ótica de avaliação inicial-intervenção-avaliação dos ganhos/efetividade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arena, R., Myers, J., Williams, M. A., Gulati, M., Kligfield, P., Balady, G. J., . . . Fletcher, G. (2007). Assessment of Functional Capacity in Clinical and Research Settings. *AHA Scientific Statement*, 116, pp. 329-343.
- Diogo, M. J. (janeiro de 2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8(1), pp. 75-81.
- Pereira Gomes, J. A., Silva Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (Dez de 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(8), pp. 29-38.

Apêndice 13 – Jornal de Aprendizagem 9

Avaliação dos resultados das intervenções e do impacto dos programas de reabilitação – desenvolvimento da Competência J1 e J3

Ao longo das últimas semanas, fui desenvolvendo um programa de reabilitação com o Sr.J., cujo membro inferior direito foi amputado a nível transfemoral. Antes da sua implementação, procedi a uma avaliação inicial da condição o Sr. J., verificando: problemas ao nível do equilíbrio e alto risco de queda (Score 24 na Escala de Berg), dependência leve na Escala de Barthel (Score 80), Esforço Máximo na tolerância à atividade (Score 9 na Escala Subjetiva ao Esforço de Borg), marcha com canadianas somente em ambiente fechado (Score 2 nas Categorias Funcionais da Marcha). Verifiquei, ainda, alteração da força muscular, particularmente na flexão/extensão do joelho esquerdo (4/5) e ao nível da coxofemoral, bilateralmente, na flexão/extensão (4/5), adução/abdução (4/5) e rotação interna/externa (4/5) (segundo Escala Medical Research Council). Por fim, constatei a presença de dor moderada (Escala Qualitativa da Dor) na região lombar, ao nível do reto femoral e do gastrocnémio. Assim sendo, o programa de reabilitação incidiu sobre a melhoria destes aspetos, no sentido da aquisição de ganhos.

Após 7 semanas (cerca de 15 sessões), tornou-se necessário proceder a uma monitorização do programa implementado. Por isso, procedi a novas avaliações e verifiquei: melhoria do equilíbrio, mantendo ainda assim alto risco de queda (Score 30 na Escala de Berg), melhoria na dependência (leve) na Escala de Barthel (Score 85), aumento na tolerância à atividade para esforço moderado (Score 3 na Escala Subjetiva ao Esforço de Borg), e melhoria na marcha com canadianas (Score 3 nas Categorias Funcionais da Marcha). Paralelamente, constatei melhoria da dor muscular (sem dor a nível do reto femoral e gastrocnémio, sem dor a dor ligeira na região lombar, segundo Escala Qualitativa da Dor). Relativamente à força muscular, verifiquei aumento ao nível da flexão/extensão do joelho (de 4/5 para 5/5) e ao nível da coxofemoral, à direita e à esquerda (de 4/5 para 5/5 na flexão/extensão, na abdução/adução e na rotação interna/externa).

Face a estes resultados, não pude deixar de me sentir satisfeita com o resultado alcançado. Da mesma forma, sinto-me realizada, com o facto do cuidado de enfermagem de reabilitação ter-se revelado efetivo e de se verificarem progressos na situação do Sr. J. Ainda assim, sinto-me desgostosa pois, se se obtiveram estes

ganhos, se não tivessem existido tantas contrariedades (consultas, dor, falta de foco do Sr. J. em alguns momentos, atraso/ausência da disponibilização de prótese, ...), os ganhos poderiam ser ainda mais consideráveis.

Apesar disto, destaco como positivo a abertura que me foi dada pela Sr^a Orientadora Clínica (OC), para estabelecer uma relação de confiança com o Sr. J., que possibilitasse a definição de metas e exercícios em conjunto, de acordo com a sua tolerância e disponibilidade. Também destaco como positivo, a possibilidade de me assumir como um elemento de referência, para o processo de reabilitação do Sr. J.. Paralelamente, evidencio como benéfica, a melhoria significativa da situação do Sr. J., bem como a influência que o meu desempenho teve no processo de recuperação. Na mesma ótica, o tempo considerável em que prestei cuidados ao Sr. J., a possibilidade de proceder a uma avaliação inicial e prosseguir com a implementação do plano definido e, agora, a possibilidade de avaliar os resultados alcançados, constituem uma mais-valia para o desenvolvimento de relações terapêuticas (entre mim e o Sr.J.), para o meu crescimento profissional e para uma maior percepção sobre o real impacto da enfermagem de reabilitação.

Analisando a situação, considero que o que está em causa é a efetividade do enfermeiro de reabilitação, o que é visível através da avaliação dos resultados e do impacto dos programas. Assim, considera-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é efetiva, quando esta é baseada na melhor evidência possível, de entre as quais, se destaca a evidência oriunda dos ganhos e resultados obtidos na pessoa cuidada (IOM, 2001). Explicitando melhor, a evidência relativa aos ganhos das intervenções, refere-se aos bons resultados das mesmas e ao quão bem funciona determinado cuidado. Na situação do Sr.J., para saber se a minha intervenção havia sido efetiva, procurei avaliar o impacto da mesma, através de escalas fidedignas, que haviam sido utilizadas no início do processo. No Nursing Role Effectiveness Model de Doran, a efetividade é avaliada em termos de estrutura-processo-resultado (Doran, 2011). Aplicado a esta situação, importa a nível da estrutura, a questão da pessoa (Sr. J., sexo masculino, 65 anos, com amputação a nível transfemoral do membro inferior direito e várias comorbilidades) e a da enfermagem (estudante de enfermagem de reabilitação, ainda sem experiência profissional como especialista, mas com o apoio e supervisão da OC, com experiência como enfermeira especialista). A nível do processo, é de salientar somente as intervenções autónomas (treino de equilíbrio, treino da força muscular, consciencialização dos tempos respiratórios, adaptação da tolerância ao esforço, marcha com canadianas,

entre outros, ...). Finalmente, em termos de resultados, interessa o controlo sintomático (Sr.J. melhorou Score na Escala Subjetiva ao Esforço de Borg), o autocuidado e o Status Funcional (melhoria desempenho na Escala de Barthel, melhoria do equilíbrio na Escala de Berg e da marcha nas Categorias Funcionais da Marcha e aumento da força muscular).

Em complemento ao referido anteriormente, alguma da literatura sustenta que o processo de reabilitação engloba a fase do progresso, considerando-a como uma etapa dinâmica, em que o enfermeiro participa, através da avaliação das respostas da pessoa (neste caso, das respostas do Sr. J.), promovendo suporte e atuando ao nível educativo (Diogo, 2000). Na mesma linha de pensamento, um grupo de enfermeiros foi entrevistado e concluiu-se que estes consideram a avaliação do processo de reabilitação como uma das etapas necessárias à melhoria da sua qualidade (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Sendo uma área com conhecimentos específicos (a nível técnico e conceptual), a enfermagem de reabilitação necessita de instrumentos precisos que avaliem a sua qualidade. No entanto, está provado que os enfermeiros de reabilitação nem sempre avaliam os planos de reabilitação, através de instrumentos e indicadores quantificáveis e objetivos (Pereira Gomes, Silva Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Ora, no caso do Sr. J., procurei contrariar essa tendência e avaliar os resultados através de escalas que, efetivamente, quantificassem o seu progresso.

Tendo em conta esta reflexão, quando penso no que fiz, concluo que avaliei a condição da pessoa com défices no autocuidado (avaliei a condição do Sr. J.), e monitorizei os resultados dos planos implementados e dos ganhos em saúde, através de instrumentos validados. Desta forma, continuei a desenvolver o processo **de cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em qualquer contexto (Competência J1)**. Concomitantemente, após cada sessão, fui avaliando os resultados das mesmas, avaliando o impacto dos programas de reabilitação (no Sr. J.), no sentido de **maximizar a funcionalidade, através do desenvolvimento das capacidades da pessoa (Competência J3)**.

Por fim, considero que o presente caso contribuiu para o meu crescimento enquanto enfermeira de reabilitação, ao permitir o acompanhamento do processo, desde a avaliação inicial, passando pela implementação do plano (influenciado por fatores facilitadores ou dificultadores inerentes à pessoa, condição de saúde e contexto), até à avaliação dos ganhos obtidos (e quiçá à necessidade de reformulação e reestruturação de objetivos/estratégias de atuação). Não obstante,

espero que surjam outras situações de aprendizagem, em que seja possível avaliar os ganhos da minha intervenção e, assim, melhor compreender a real efetividade da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, M. J. (janeiro de 2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8(1), pp. 75-81.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of Science* (2nd edition ed.). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington DC.
- Pereira Gomes, J. A., Silva Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (Dez de 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(8), pp. 29-38.

Apêndice 14 – Jornal de Aprendizagem 10

Treino de Atividades de Vida Diária para maximização da qualidade de vida e promoção do autocuidado – Desenvolvimento da Competência J2

Ao longo do presente estágio, tive a oportunidade de desenvolver e implementar um plano de reabilitação ao Sr.M., que estava internado por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Agudizada. Além disto, o Sr. M. apresentava outras condições como défice do equilíbrio dinâmico ortostático, diminuição de força muscular ou risco de queda aumentado. Tinha, ainda, algumas necessidades específicas como oxigenoterapia de deambulação (OD). Durante esse período, foi necessário ajudar o Sr. M. a desenvolver estratégias adaptativas para o seu dia-a-dia. Exemplo disto foi ensinar o Sr. M. a fazer o levantar em duas etapas (no sentido de prevenir novas quedas) ou ensinar a realizar atividades que exigiam esforço (como andar), com aporte de oxigénio. Também foi necessário ensinar o Sr. M. a manusear a fonte de oxigénio e até mesmo a regular o débito (na fonte portátil de oxigénio, por diminuição da acuidade visual, foi necessário desenhar uma marca no número correspondente ao débito).

Aquando da alta, o filho do Sr. M. (cuidador) estava presente e foram reforçados os ensinamentos que já haviam sido feitos gradualmente, durante o internamento. Cerca de 5 dias depois, realizei um contacto telefónico de seguimento para o cuidador, onde procurei saber como tinha corrido a ida para casa (neste caso do filho), como estava a ser a adaptação à OD, o estado geral do Sr.M. ou esclarecer eventuais dúvidas que, entretanto, pudessem ter surgido (este contato insere-se num projeto implementado no serviço sobre o envolvimento do cuidador nos cuidados).

Durante o contacto telefónico, o cuidador explicou-me que o Sr. M. conseguia regularizar o débito do oxigénio, para atividades que exigissem esforço. Adiantou que não tinha dúvidas quanto à medicação, mas colocou questões sobre a fonte portátil. O cuidador referia que a fonte “perdia o oxigénio muito rápido” (sic). Procurei saber como o Sr. M. e o cuidador verificavam se a fonte estava cheia, quanto tempo utilizava a fonte, ao fim de quanto tempo verificavam se estava vazia e como a carregavam. Foi necessário reforçar alguns aspetos quanto à fonte portátil, e aconselhei o cuidador a contactar a empresa, no caso de verificarem que exista algum problema com a mesma. Seguidamente, o cuidador questionou sobre o facto de o Sr. M. manter algum desequilíbrio (que já apresentava no internamento), pelo

que foram reforçados os cuidados a ter, aquando do levante/adoção da posição ortostática, entre outros, que pudessem prevenir a ocorrência de quedas.

Perante a situação, não pude deixar de me questionar “Será que o trabalho realizado durante o internamento foi útil para o Sr. M.?”, “Será que o plano de reabilitação implementado contribuiu para a qualidade de vida e para a autonomia do Sr. M.?” ou até mesmo “Será que o Sr. M. conseguiu aplicar algum dos aspetos trabalhados durante o internamento?”. Paralelamente, questionei-me “Será que o Sr. M. conseguiu readaptar o seu quotidiano às suas limitações?”.

Avaliando a situação, identifico como aspeto positivo, a transição do meio hospitalar para o domicílio, através da preparação do cuidador e da pessoa para a alta, de forma gradual, e durante o internamento. Também encaro como positivo o feedback e validação da preparação para a alta, que é possível fazer através de um contacto de seguimento, realizado pelo enfermeiro de reabilitação. Da mesma forma, considero que é benéfico para a pessoa (com DPOC) e para o seu cuidador sentirem que não foram “abandonados” pela equipa de enfermagem e que esta mantém-se disponível para ajudar a promover a qualidade de vida e o autocuidado da pessoa em questão. Por fim, penso que este tipo de contacto permite ter maior noção sobre o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação na qualidade de vida e na realização do autocuidado da pessoa com DPOC (através do treino de AVD). Contudo, elenco como aspeto menos positivo, o facto de não ser possível visualizar e realizar esse seguimento no domicílio da pessoa, o que permitiria ter maior noção das condições, da realização das AVD no domicílio e da efetividade dos ensinamentos realizados com recurso à demonstração.

Analisando a situação, julgo que o está em causa é o impacto do treino das AVD, no regresso a casa da pessoa com DPOC e na promoção da qualidade de vida e da autonomia (no domicílio) ou, por outras palavras, o resultado do treino realizado pelo enfermeiro de reabilitação. Neste sentido, a autonomia na realização das AVD tem grande significado na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e comportamental). Clarificando, o diagnóstico de uma doença crónica pode não ter tanta importância, como as consequências que dele advêm na manutenção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida (Diogo, 2000). No caso da pessoa com DPOC, está provado que, tal como no treino de AVD, o ensino e treino sobre a oxigenioterapia (neste caso ao esforço) e a sua adesão à mesma, aquando da realização de AVD, diminui o trabalho respiratório, melhora o

metabolismo orgânico, bem como a capacidade de realização de atividades de vida diária (Bartholo, Gomes, & Noronha Filho, 2009).

Face ao referido, a intervenção da enfermagem tem a oportunidade de contribuir para a melhoria da dispneia associada às AVD, melhorando ainda a qualidade de vida da pessoa com DPOC (tal como procurei fazer com o Sr. M.) (Esmond, 2005). Efetivamente, os cuidados à pessoa com DPOC têm como objetivo a manutenção de uma qualidade de vida adequada, devendo atender ao impacto que a doença tem na pessoa (Martins, 2013). Assim, torna-se essencial, o seguimento da pessoa com DPOC (tal como aconteceu na situação descrita), para uma maior compreensão sobre a influência da mesma nas suas AVD e na sua autonomia. Da mesma forma, compete ao enfermeiro de reabilitação dotar a pessoa de conhecimento e poder, para a resolução de problemas e para uma melhor adaptação à doença (Martins, 2013).

Em complemento ao descrito, a literatura sustenta que, para uma intervenção efetiva na funcionalidade da pessoa com DPOC, é necessário que haja um programa educacional voltado para a pessoa com DPOC e para os seus familiares, centrado em questões como a aplicação de técnicas de conservação de energia e a promoção da realização das AVD (tal como procurei fazer com o Sr. M. e o seu filho) (Velloso, 2006).

Concluindo, creio que procurei ensinar e treinar a pessoa com DPOC (Sr. M.) e o seu cuidador (neste caso o filho) sobre técnicas otimizadoras do autocuidado. Igualmente, procedi ao treino de AVD, com recurso a dispositivos de apoio (como por exemplo, treinar a marcha ou lavar o corpo, utilizando a fonte portátil de oxigénio, entre outros...). Consequentemente, trabalhei para **implementar programas de treino de AVD, procurando maximizar a qualidade de vida e a autonomia da pessoa** com DPOC ou outros défices do autocuidado, **bem como promover a participação social da pessoa** com DPOC e outros défices do AC, no sentido de **capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Competência J2).**

Por fim, creio que esta experiência serviu para compreender como o treino pode ser percecionado pela pessoa com DPOC (e pelo seu cuidador) e sobre como pode ser útil na adaptação à vida quotidiana. Assim, aquando da implementação de futuros programas de treino de AVD, procurarei ter uma maior preocupação com a

integração do cuidador e com o regresso às condições habitacionais e ao quotidiano da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartholo, T. P., Gomes, M. M., & Noronha Filho, A. J. (2009). DPOC - o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento. 1(1), pp. 79-84.
- Diogo, M. J. (janeiro de 2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8(1), pp. 75-81.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias* (1ªEdição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Martins, A. L. (2013). *A Qualidade de Vida na Pessoa com DPOC. Contributos da Cinesiterapia Respiratória*. Tese de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Velloso, M. J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Pneumol*, 32(6), pp. 580-586.

Apêndice 15 – Jornal de Aprendizagem 11

Apreciação e Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Alteração das funções sensoriais, cognitivas e motoras – Desenvolvimento de Estágio de Observação num Serviço de Neurologia

Ao longo do presente estágio, tive a oportunidade de realizar um pequeno estágio de observação num serviço de Neurologia. Este serviço tem capacidade para 27 doentes, divididos pelo Laboratório de Eletroencefalograma (1 cama), pela Neurologia Geral e pela Neurologia Vascular (cada uma com 13 camas, sendo 4 destas camas para cuidados especiais).

Antes de realizar este estágio, senti necessidade de definir um guião de observação (ainda que mentalmente) sobre o que pretendia observar. Tinha planeado aprofundar as capacidades de apreciação (particularmente a realização do exame neurológico), bem como as particularidades da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com alteração da função sensorial, cognitiva ou motora.

Durante este estágio, foi de facto possível clarificar os aspetos relacionados com o exame neurológico, particularmente ao nível da avaliação do estado mental, através da distinção entre consciência e atenção, da avaliação das capacidades práxicas, da identificação da negligência hemiespacial unilateral e de uma melhor compreensão dos défices de linguagem. Também foi possível esclarecer a forma de avaliação dos pares cranianos, a distinção de hipotonia/hipertonia, bem como as questões da coordenação motora, da sensibilidade e do equilíbrio.

Além disto, pude aprofundar o meu conhecimento sobre alguns instrumentos de avaliação, uma vez que o serviço tem uma pasta com escalas/questionários de apreciação para o enfermeiro de reabilitação, como é o caso da Escala Unificada de Avaliação para a Doença de Parkinson, o *Stroke Specif Quality of Life Scale*, *Stroke Rehabilitation Assessment Movement*. Nesta pasta, consta ainda um documento, criado pela equipa de enfermagem, intitulado “Exame Neurológico em 5 minutos”, que descreve como é feita a avaliação no serviço e que passo a descrever:

- 1º) Questionar “Onde está? Que dia é hoje? Como se chama? Quem eu sou?”
- 2º) Pedir para fixar 3 palavras – pêra, gato, bola
- 3º) Pedir para nomear 4 objetos
- 4º) Testar movimentos oculares
- 5º) Observar pupilas (da parte externa para interna)

- 6º) Pedir para franzir a testa, fechar os olhos, assobiar, mostrar os dentes
- 7º) Pedir para dizer “Ahhh” (como a boca aberta e língua para fora, observar a úvula)
- 8º) Pedir para mexer a língua para a esquerda e para a direita
- 9º) Pedir para levantar os ombros, e para virar a cabeça para a esquerda e para a direita
- 10º) Pedir para ficar com braços estendidos, durante 30 segundos
- 11º) Realizar Teste de Mingazzinni, durante 30 segundos
- 12º) Testar reflexos osteo-tendinosos
- 13º) Realizar prova dedo-nariz, calcanhar Joelho e movimentos alternados (avaliar diadococinésia)
- 14º) Avaliar sensibilidade algica (face, membros e tronco)
- 15º) Avaliar levantar e andar
- 16º) Questionar “Quais são as 3 palavras que pedi para fixar?”.

Do ponto de vista da intervenção, pude focar-me nas questões do levantar numa pessoa com Acidente Vascular Cerebral, bem como nas atividades terapêuticas no leito que podem ser realizados nestas situações (rolar para o lado sã/afetado, realizar carga no cotovelo do lado afetado, realizar automobilizações/ponte/oscilações). Paralelamente, foi possível perceber de que forma a sensibilidade pode ser estimulada, uma vez que os enfermeiros de reabilitação criaram um dispositivo para treino sensorial tátil (isto é um *dossier* com diferentes texturas, de modo a criar uma série de estímulos sensoriais diferentes).

Perante a situação, não pude deixar de me questionar “Será que conseguirei desenvolver capacidades que me permitam proceder ao diagnóstico adequado das necessidades de reabilitação ao nível sensorial, cognitivo ou motor?”, “Será que conseguirei estar melhor preparada para conceber e implementar programas de reeducação funcional motora, sensorial ou cognitiva?”.

Avaliando a situação, identifico como aspetos positivos a possibilidade de revisão e de esquematização de alguns aspetos relativos à apreciação e ao cuidar da pessoa com alteração neurológica. Por outro lado, destaco como aspetos menos positivos a curta duração do estágio de observação, bem como as condições difíceis do contexto, designadamente a dotação insuficiente de enfermeiros, face à complexidade das pessoas cuidadas.

Analisando a situação, considero que o que está em causa é a **apreciação e intervenção do enfermeiro de reabilitação** face à pessoa com alteração da função

sensorio-cognitiva e motora. Assim, relativamente ao supramencionado, foi importante clarificar que a avaliação do estado mental engloba: estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, existência/ausência de negligência hemiespacial unilateral e linguagem. Quanto à distinção entre o estado de consciência e a atenção, foi possível clarificar que o primeiro pode caracterizar-se por **vigília, letargia, confusão, obnubilação, estupor ou coma**. Já a atenção pode ser dividida em **vigilância** (para estímulos externos), **tenacidade** (sobre uma tarefa específica) e **concentração** (voluntária em alguma atividade mental) (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Quanto às capacidades práxicas, além de assegurar a conservação da força, sensibilidade e coordenação motora, deve-se pedir para executar **gestos simbólicos** (sinal da cruz), **transitivos** (como escovar o cabelo) e **intransitivos** (dizer adeus). No que concerne à negligência hemiespacial unilateral (*neglect*) foi possível esclarecer que pode existir **anosognosia** (negar alteração motora à esquerda), **hemianomatognosia** (negar que hemicorpo esquerdo lhe pertence), **astereognosia** (incapacidade de identificar objeto somente pelo tacto), prosopagnosia (agnosia a rostos) ou **acromotópsia** (agnosia a cores) (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Por sua vez, no que se refere à linguagem, foi possível esquematizar que a sua avaliação deve englobar 4 aspetos: **discurso espontâneo/fluência, a compreensão, a nomeação e repetição**. Consoante o(s) aspeto(s) prejudicado é possível compreender o tipo de afasia (Broca, Wernicke, Global, Condução, Anómica, Transcortical Motora ou Sensorial ou Mista) (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Relativamente à resistência ao movimento passivo, isto é relativamente à espasticidade do tônus muscular, foi possível distinguir **hipotonia** (ausência ou diminuição da resistência) de **hipertonia** (aumento do tônus muscular). Para testar a coordenação motora, foi possível rever a Prova Índice-nariz (podendo existir **hipermetria** ou **hipometria** ou **descoordenação sensitiva**), Prova da Indicação de Barany, Prova dos Movimentos alternados (se alterada, revelando a existência de **disdiadococinésia**) ou a Prova Calcanhar Joelho (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

No que concerne à avaliação do equilíbrio, procedeu-se à revisão de diversos testes que podem ser aplicados: **Teste de Romberg, Apoio Monopodal de Uemura, Teste Babinski-Weil/Prova de Marcha às Cegas** (para avaliação do

equilíbrio dinâmico), **Teste de Fakuda** ou **Teste de Unterberg** (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques Vieira, 2012).

Concluindo, procurei desenvolver capacidades de diagnóstico e de identificação de necessidades a nível motor, sensorial ou cognitivo, no sentido de ser competente na **avaliação das alterações que determinem limitações à funcionalidade da pessoa com défices nos autocuidados (Objetivo J1.1)**. Concomitantemente, tive em consideração o planeamento e implementação de programas de reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, seleccionando e prescrevendo produtos de apoio adequados, com o intuito de **conceber planos de intervenção (que promovam o autocuidado na pessoa com défices do autocuidado) e de implementar intervenções otimizadores da função sensorial, cognitiva e motora (Objetivos J1.2 e J1.3)**. Assim, considero que este estágio de observação contribuiu, principalmente, para o desenvolvimento da **Competência J1 – Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida**.

Por fim, creio que esta experiência serviu para esquematizar alguns aspetos da apreciação e intervenção à pessoa com alteração sensorial, cognitiva e motora. Ainda assim, considero que poderia ter desenvolvido outras aprendizagens, não fosse o curto tempo do estágio e as condições difíceis do contexto (como é o caso dos raios dos enfermeiros).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I. B., & Marques Vieira, C. (20104). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Apêndice 16 – Jornal de Aprendizagem 12

Visibilidade do impacto da Enfermagem de Reabilitação face à pessoa com DPOC num serviço de Pneumologia

No passado dia 13, participei no 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte, subordinado ao tema “Reabilitar é Capacitar”. Um dos trabalhos apresentados “O Impacto do Programa de Reabilitação na Pessoa com DPOC Agudizada” consistiu na implementação de um programa de reabilitação respiratória direcionado a pessoas com DPOC, em fase aguda, num serviço de pneumologia (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). A equipa de enfermeiros de reabilitação desenvolveu um estudo, com o objetivo de avaliar o impacto desse programa, que inclui o treino da musculatura expiratória, aplicação do COPD Assessment Test (CAT), Escala de Borg Modificada e Peak expiratory flow /Pico de Fluxo Expiratório (PEF) (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018).

O trabalho de investigação apresentado, alicerçado numa metodologia quantitativa, descritiva e analítica, procurou analisar o impacto do programa de reabilitação com treino dos músculos expiratórios, na pessoa com DPOC agudizada, entre maio de 2015 e maio de 2017. Neste período estiveram internadas 1317 pessoas, das quais 10,8% tinham DPOC em fase aguda, sendo 54,2% homens, com internamento de demora média de 15 dias (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Foram considerados critérios de inclusão: pessoas com DPOC agudizada, com capacidade e motivação para iniciar o programa de reabilitação 48h após a admissão. Consideraram como critérios de exclusão: existência de contraindicações à reabilitação respiratória (presença de tromboembolismo pulmonar, febre, hemoptises) e a existência de traqueostomia (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018).

Perante isto, após seleção dos sujeitos elegíveis, na primeira sessão aplicaram-se as escalas escolhidas (CAT, Borg Modificada) e verificou-se qual o PEF. Seguiu-se, então, a aplicação do programa propriamente dito com exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva (10vezes). Depois, procedeu-se ao treino dos músculos expiratórios (1 vez no turno da manhã e outra no turno da tarde), com recurso ao espirómetro invertido (5+5+5), uma vez que é um instrumento de reduzido custo e disponível no serviço em questão. Recorreu-se a uso de manobras acessórias e/ou dispositivos de oscilação intrapulmonar por método vibratório. Seguiu-se a realização de ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia e o treino e exercício. Na última sessão, foram novamente aplicadas as

escalas e verificou-se o PEF. Os dados foram trabalhados em SPSS (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018).

Relativamente aos resultados obtidos, foram incluídos no estudo 37 sujeitos, dos quais 57% eram homens, 48% tinha idade igual ou superior a 65 anos e 59% encontrava-se reformado. Paralelamente, cerca de 89% apresentava DPOC estágio D, 50% estava sob oxigenoterapia de longa duração (OLD), 40% cumpria ventilação não-invasiva (VNI) e 36% dos sujeitos eram fumadores ativos (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Por internamento, foram realizadas uma média de 8.1 sessões de reabilitação (com um mínimo de 3 sessões e um máximo de 23 sessões). Após o programa de reabilitação, verificou uma redução no score do CAT (20.39 para 14.66), um aumento do PEF (137,05 para 184.89) e uma melhoria na Escala de Borg Modificada. A equipa também constatou que os sujeitos sobre OLD ou VNI tinham, em média, maior tempo de internamento (a recuperação demorava mais), e que os fumadores apresentaram melhorias mais significativas que os restantes (provavelmente também devido à cessação tabágica) (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Ainda foi comunicado que a equipa de enfermeiros de reabilitação pretendia, futuramente, comparar os resultados obtidos com os resultados de um grupo de controlo (sem treino de músculos expiratórios).

Perante o tema da palestra (e antes da mesma), não pude deixar de me questionar sobre “Quais serão os resultados obtidos?”, “De que forma é possível avaliar o impacto do enfermeiro de reabilitação no cuidar à pessoa com DPOC?” ou até mesmo “Será esse impacto positivo?”. Da mesma forma, questionei-me “De que forma é possível conciliar a prestação de cuidados especializados com a realização de investigação e, consequentemente, com a produção de conhecimento?”.

Avaliando a situação, identifico como aspetos positivos, a visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como os ganhos obtidos para a pessoa com DPOC agudizada. Considero produtiva a partilha de conhecimento e a reflexão que daí advém. Ainda assim, teria sido interessante a comparação dos resultados de programas de reabilitação com e sem treino de músculos expiratórios.

Analisando a situação, considero que o está em causa é **a efetividade de um programa de reabilitação do EEER**, nomeadamente a **efetividade do treino de músculos expiratórios**. Por outras palavras, o que está em causa são os ganhos obtidos com o EEER. O presente estudo corrobora a multiplicidade de formas de atuação do EEER evidenciada na literatura internacional (Weldam, et al., 2017; Cox,

Macleod, Sim, Jones, & Trueman, 2017; Kim, Park, Han, Kim, & Kim, 2016; Champion, Hall, & Tori, 2015; Bilington, Coster, Murrells, & Norman, 2015; Duangubpha, Hanucharunkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonri, 2013). Da mesma forma, indo ao encontro de outros autores, o estudo em questão destaca alguns aspetos positivos decorrentes da intervenção do EEER, implicando uma reflexão sobre o contexto onde o estudo é desenvolvido (Costa, Amaral, Nabais, & Dias, 2018). Não obstante, este estudo inova pela apresentação de resultados sobre uma intervenção concreta do EEER (treino de músculos expiratórios) e abre caminho para um estudo comparativo sobre o impacto que essa intervenção pode ter (ao adicionar um grupo de controlo). Tal é incomum em muita da investigação produzida, uma vez que a maioria não apresenta resultados sobre intervenções e/ou exercícios específicos (Weldam, et al., 2017; Cox, Macleod, Sim, Jones, & Trueman, 2017; Kim, Park, Han, Kim, & Kim, 2016; Champion, Hall, & Tori, 2015; Bilington, Coster, Murrells, & Norman, 2015; Duangubpha, Hanucharunkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonri, 2013).

Apesar dos resultados positivos obtidos para a pessoa com DPOC (melhoria do PEF, CAT e Borg Modificada), estes não foram correlacionados com resultados obtidos para a organização. Refiro-me com isto, ao impacto económico (custo e eventual redução do tempo de internamento, custo-benefício da contratação/intervenção do EEER, ...) ou ao impacto social (satisfação da pessoa com DPOC com o programa de reabilitação, comparação com programas de reabilitação de outros serviços/organizações).

Concluindo, creio que foi benéfico participar na apresentação deste trabalho, uma vez que vai ao encontro da temática em estudo do meu projeto (e futuro relatório). Considero que retirei contributos significativos sobre métodos de investigação, bem como sobre a visibilidade da efetividade que a intervenção do ER pode (e deve) ter (neste caso, visível através de ganhos com a diminuição do fluxo aéreo e com a melhoria da força da musculatura expiratória).

Por fim, no futuro, espero acompanhar os avanços deste trabalho de investigação, obtendo respostas para algumas questões como a comparação de resultados entre um grupo de controlo e um de intervenção, os resultados económicos para a organização ou o impacto social para a mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bilington, J., Coster, S., Murrells, T., & Norman, I. (2015). Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Feasibility Study. *Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, pp. 395-403.
- Champion, R., Hall, T., & Tori, K. (2015). Home oxygen therapy assessment for COPD patients discharged from hospital: Respiratory NP Model of Care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 17-25.
- Costa, C., Amaral, E., Nabais, A., & Dias, A. (2018). O impacto do Programa de Reabilitação na Pessoa com DPOC Agudizada. *1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.
- Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). Avoiding hospital admission in COPD impact of a specialist nursing team. *British Journal of Nursing*, 26(3), pp. 152-158.
- Duangubpha, S., Hanucharurnkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonri, C. (April-June de 2013). Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(2), pp. 102-115.
- Kim, J., Park, E.-C., Han, K.-T., Kim, S. J., & Kim, T. H. (2016). Nurse Staffing and 30-day Readmission of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A 10-year Retrospective Study of Patient Hospitalization. *Asian Nursing Research*, 10, pp. 283-286.
- Weldam, S. W., Schuurmans, M. J., Zanen, P., Heijmans, M. J., Sachs, A. P., & Lammers, J.-W. J. (2017). The effectiveness of a nurse-led illness perception intervention in COPD patients: a cluster randomised trial in primary care. *ERJ Open Res*, 3, pp. 1-13.

Apêndice 17 – Plano de Cuidados 1

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: Sr. M.A.	Profissão: Metalúrgico
Género: Masculino	Situação Profissional: Reformado
Data de nascimento: 1940-04-21	Agregado familiar: Sr. M.A. (vive sozinho)
Nacional: Portuguesa	Cuidador: Amiga/Vizinha Sr ^a I.S.
Residente: Benfica	

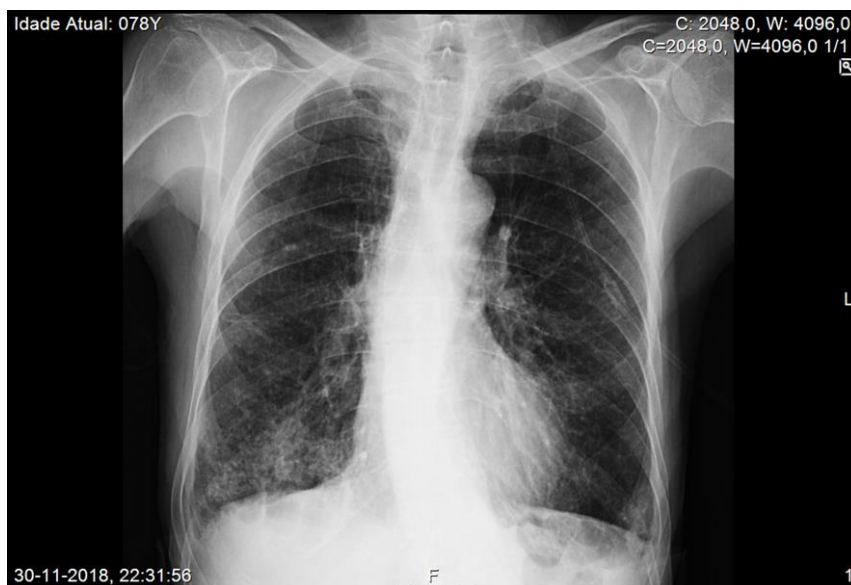
1.2. Motivo de Internamento

A 30/11, o Sr. M. recorreu ao serviço de urgência por estar há 3 dias com SpO₂ 83-85%, agravamento da dispneia, tosse com expectoração e astenia. Fica com diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada [retirado do processo clínico].

1.3. História Saúde Atual

O Sr. M. tem diagnosticada DPOC GOLD B, de origem tabágica. Mantém hábitos tabágicos (cerca de 25 a 30 cigarros por dia), não querendo iniciar nenhum programa de cessação tabágica. É seguido em Consulta de Pneumologia num dos hospitais de um Centro Hospitalar de Lisboa, sendo que a última Prova de Marcha realizada foi em março de 2016 (sem necessidade de oxigenoterapia de longa duração).

Durante o mês de novembro, o Sr. M. desenvolveu um quadro de anorexia, astenia e adinamia, com perda ponderal de 5kg. Paralelamente, desenvolveu queixas de dispneia, tosse e expectoração, negando febre [retirado da avaliação inicial de enfermagem]. A 30/11, recorre então ao serviço de urgência, onde realizou radiografia ao tórax (que se encontra em baixo):



Radiografia ao Tórax com orientação correta, do Sr. M. do dia 30/11 às 22:31. Incidência Póstero-anterior, bem centrada, com menor grau de radiação, mal inspirado. Sem alterações nas estruturas ósseas. Apresenta silhueta cardíaca pouco definida. São visíveis hipotransparências nos lobos médios e no lobo inferior direito, sugestivas de acumulações de secreções. Aparenta hipertransparências dispersas, sugestivas de bronquiectasias.

A 14/12, foi diagnosticado bronquiectasias infetadas por pneumococos, tendo sido necessário prolongamento do internamento e antibioterapia [retirado da avaliação inicial de enfermagem].

1.4. História pregressa

Antecedentes pessoais: DPOC GOLD B (tabágica), HTA, DM Tipo 2, Dislipidemia, Hipertrofia Benigna da Próstata, Bronquiectasias cilíndricas incipientes (seguido em consulta de pneumologia), hipoacusia bilateral (mais acentuada à direita).

1.5. Regime terapêutico

Regime Terapêutico habitual: Amlodipina/olmesartan (5mg+20mg), alfuzozina (10mg), brometo de tioproprio (2,5), budesonido (200), pantoprazol (20mg), sinvastatina (20mg), metformina (500mg).

Regime Terapêutico hospitalar

<u>Medicação</u>	<p style="text-align: center;"><u>Prescrição a 2/12/2018</u></p> <ul style="list-style-type: none">•Levofloxacin 500 ml EV – 12h (término a 3/12)•Prednisolona 20mg PO - 9h (término a 3/12)•Metformina 500mg PO – 10h (término a 3/12)•Tansulosina 0.4mg PO – 19h (término a 3/12)•NaCl 500/d EV (término a 11/12)•Beclometasona 250 ug/dose Sol pressurizada para inalação – 500ug INAL – 7h, 19h (término a 17/12)•Ipatrópio 20ug/dose Sol pressurizada para inalação – 240ug INAL – 1h, 7h, 12h, 19h (término a 17/12)•Salbutamol 100ug/dose Sol pressurizada para inalação – 400ug INAL – 1h, 7h, 12h, 19h (término a 17/12)•Enoxaparina 40mg – 1 injeção SC às 19h (término a 28/12)•Glucose 300 mg/ml Sol Inj FR 20ml IV – em SOS se glicemia capilar/BMT <80mg/dl•Insulina Neutra Protamina de Hagedorn – SC em SOS: 3UI se BMT>160-200mg/dl, 5UI se BMT>200-300mg/dl, 8UI se BMT>300-400mg/dl, 10UI se BMT>400-500mg/dl, 12UI se BMT>500mg/dl.•Omeprazol 20mg PO – 7h•Paracetamol 1000mg PO – em SOS•Paroxetina 20mg PO – 10h•Sinvastatina 40mg PO – 19h
	<p style="text-align: center;"><u>Prescrição a 10/12/2018</u></p> <ul style="list-style-type: none">•Aminofilina 225mg PO – 10h•Beclometasona 250 ug/dose Sol pressurizada para inalação – 2puffs– 7h, 19h•Ipatrópio 20ug/dose Sol pressurizada para inalação – 6puffs – 2h, 6h, 10h, 14h, 19h, 22h•Salbutamol 100ug/dose Sol pressurizada para inalação – 4puffs – 2h, 6h, 10h, 14h, 19h, 22h•Enoxaparina 40mg – 1 injeção SC às 19h (término a 28/12)•Glucose 300 mg/ml Sol Inj FR 20ml IV – em SOS se glicemia capilar/BMT <80mg/dl•Insulina Neutra Protamina de Hagedorn - em SOS: 3UI se BMT>160-200mg/dl, 5UI se BMT>200-300mg/dl, 8UI se BMT>300-400mg/dl, 10UI se BMT>400-500mg/dl, 12UI se BMT>500mg/dl.

	<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol 20mg PO – 7h • Paracetamol 1000mg PO – em SOS • Paroxetina 20mg PO – 10h • Sinvastatina 40mg PO – 19h • Betahistina 16mg PO – 10h, 22h • Flucloxacilina 500mg PO – 1h, 7h, 13h, 19h • Dutasterida/cloridrato de tansulosina 0.5mg/0.4mg – 19h • Oseltamivir 75mg – 7h (por proximidade a outra pessoa com Gripe A) <p>Sem alergias medicamentosas.</p>
<u>Dieta</u>	Pastosa Diabética (por falta de peças dentárias)

1.6. Condição Sociofamiliar e económica

Avaliação da interação da família com o meio envolvente:

O Sr. M. mora sozinho, mas tem apoio de uma vizinha/amiga (Sr^a.I.). Tem um filho (Sr. M.) e nora, com quem tem uma boa relação.

Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural:

O Sr.M. reside no rés-do-chão, em casa própria, em Benfica, A habitação tem asseguradas condições habitacionais e sanitárias. Não são conhecidas dificuldades financeiras.

2. APRECIÇÃO

Apreciação de enfermagem de reabilitação às 48h [retirado do Processo Clínico]

- Pico de fluxo expiratório: 100
- *COPD Assessment Test*: Total 24 (Apêndice 1)

Apreciação de enfermagem de reabilitação a 14/12

O Sr. M. encontra-se vígil e orientado em todas as vertentes. Manifesta hipoacusia bilateral, mais acentuada à direita, havendo compromisso da comunicação. Não tem alterações ao nível da linguagem. Apresenta falta de várias peças dentárias. Exibe anorexia marcada, encontrando-se emagrecido. Não tem alterações na deglutição.

Relativamente à avaliação da função respiratória: o Sr.M. encontra-se sob aporte de oxigenioterapia por óculos nasais, a 1l/m em repouso (SpO2 92%). Padrão respiratório predominantemente abdominal, simétrico, regular, de amplitude normal. À auscultação, apresenta murmúrios vesiculares mantidos hemitórax direito, mas murmúrios vesiculares diminuídos no hemitórax à esquerda, com presença de roncos ressonantes dispersos, audíveis na fase expiratória. Tem tosse eficaz, expelindo secreções mucopurulentas, espessas em moderada quantidade.

No que se refere à avaliação do Tónus Muscular dos Segmentos Corporais, não se verificaram sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de *Ashworth* (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 2).

Procedendo à avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais, segundo a *Escala Medical Research Council*, tendo verificado alteração da força muscular ao nível dos membros inferiores (força 4/5), ao nível dos dedos do pé (Flexão/extensão, Adução/abdução), tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão), joelho (flexão/extensão) e da coxofemoral (flexão/extensão, Adução/abdução, rotação interna/externa). Restantes segmentos corporais sem alterações da força muscular (Apêndice 3)

Ao avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (sentado e ortostático), não se verificaram alterações.

Ao preceder à avaliação da marcha, segundo as Categorias Funcionais de Marcha constatou-se Marcha 3/5. É capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita (Apêndice 4).

Avaliando o Risco de Queda, verificou-se Baixo risco de queda (*score* 35), segundo a Escala de Morse (Apêndice 5).

Relativamente à avaliação do Grau de Dependência, verificou-se Dependência Moderada (*score* 90) segundo a Escala de *Barthel* (Apêndice 6).

Por fim, apresenta continência vesical e intestinal (com padrão regular, sem necessidade de laxantes).

Apreciação de enfermagem de reabilitação a 3/12

O Sr. M. teve 2 quedas, durante o internamento. No período noturno de 26/12, sofreu queda, não presenciada, junto ao leito, referindo não se lembrar do ocorrido. A 27/12, durante o levante, sofreu nova queda, embatendo na parede e chão. Dado o ocorrido, procede-se a nova apreciação de enfermagem de reabilitação.

O Sr.M. mantém-se vigil, orientado.

Relativamente à avaliação da função respiratória: o Sr.M. encontra-se sem aporte de oxigenioterapia em repouso (SpO2 96%). Padrão respiratório predominantemente torácica, simétrico, regular, de amplitude diminuída. À auscultação, revelam-se murmúrios vesiculares mantidos, sem presença de ruídos adventícios.

Ao nível da face apresenta laceração 3x3 na região periorbital à direita, com presença de *steristips* e escoriação na região occipital e no cotovelo.

Foi avaliação coordenação membros superiores (Teste índice-nariz) e membros inferiores (Prova Calcanhar-jelho).

No que se refere à avaliação do Tónus Muscular dos Segmentos Corporais e avaliação da força muscular dos segmentos corporais, mantém-se sobreponível à última avaliação.

Ao avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (sentado e ortostático), verificou-se desequilíbrio dinâmico ortostático.

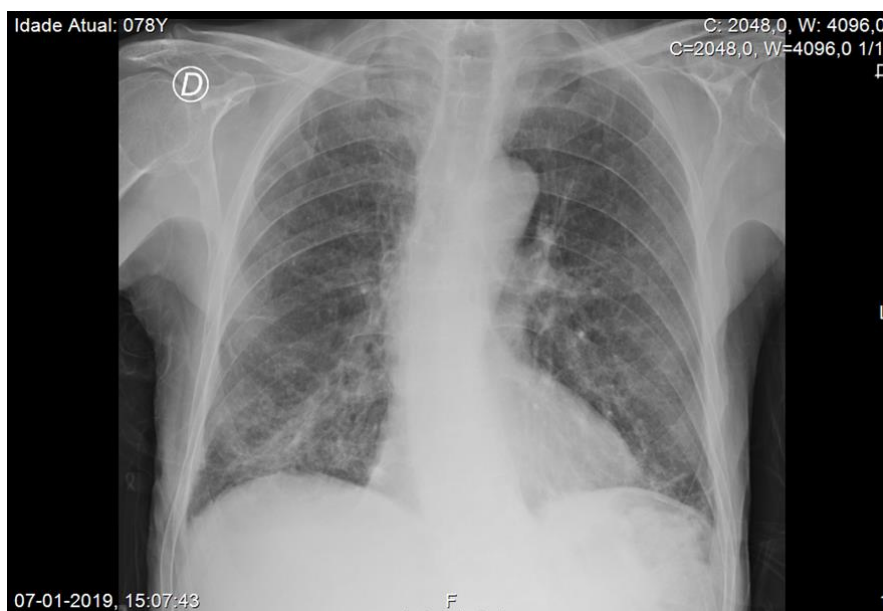
Avaliando o Risco de Queda, verificou-se alto risco de queda (*score* 70), segundo a Escala de Morse.

Ao avaliar a Dependência, verificou-se aumento da mesma (*score* 75).

Avaliação dos Sinais Vitais

	14/12	8/01
Pressão arterial	102/55 mmHg	139/70 mmHg
Frequência Cardíaca	66 bpm pulso regular, forte e cheio	63 bpm pulso regular, forte e cheio
Temp.Timpânica	36°C	36°C
Saturação periférica O ₂	92% - O ₂ a 1l/m em repouso - O ₂ a 8l/m esforço	95% - Sem O ₂ em repouso - 6l/m esforço
Dispneia (segundo Escala Modificada de Borg)	- 0,5 em repouso - 3 em esforço	- 0 em repouso - 2 em esforço
Dor (segundo Escala Qualitativa da Dor)	Sem dor	Sem dor

Avaliação Imagiológica



Radiografia ao Tórax com orientação correta, do Sr. M. do dia 7/01 às 15:07. Incidência Pósterio-interior, bem centrada, com menor grau de radiação, mal inspirado. Sem alterações nas estruturas ósseas. Apresenta silhueta cardíaca pouco definida e ingurgitamento hilar. São visíveis hipotransparências nos lobos médios, sugestivas de acumulações de secreções. Observam-se algumas hipertransparências dispersas, sugestivas de bronquiectasias, ao nível dos lobos médios.

Avaliação Laboratorial

	30/11	7/01
Hemograma		
Eritrócitos	4.23	4.08
Hb	13.4	12.8
Hematocrito	40.0	36.4
Leuc	13.97	4.43
Plaq	366	236
Bioquímica		
U	56	44
Cr	0.74	0.67
PCR	19.8	4.4
Glicose	140	Não pedido

Gasimetria Arterial

	pH	pCO2	pO2	HCO3	K	Na	Ca	Lact	Tradução
3/12	7.402	48.8	71.3	29.7	4.1	134	1.11	20.2	Alcalose Metabólica compensada com Acidose Respiratória
7/1	7.428	45.9	62.8	29.6	4.4	133	1.18	14.1	

Avaliação do Impacto Autocuidado (Requisitos segundo Teoria de Orem) (14/Dez):

Universais	Padrão Autocuidado	Défice Autocuidado (AC)/Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<p><u>Componente cardíaca:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil normotenso (TA 102/55 mmHg) - Normocárdica (FC 68bpm), pulso regular, forte e cheio <p><u>Componente respiratória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Score 24 na avaliação do impacto que a DPOC tem na sua vida (CAT inicial) e um pico fluxo expiratório de 100. - Padrão respiratório predominantemente torácica, simétrico, regular, profundo, amplitude diminuída. SpO2 92%, com O2 a 1l/m (em repouso) e a 8l/m (esforço) por óculos nasais. - Á auscultação, apresenta murmúrios vesiculares mantidos no hemitórax direito, e murmúrios vesiculares diminuídos no hemitórax à esquerda, com presença de roncos ressonantes dispersos, audíveis na fase expiratória. Tem tosse eficaz, expelindo secreções mucopurulentas, 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>

	<p>espessas em moderada quantidade.</p> <p>- Apresenta défice de conhecimentos sobre gestão de oxigenioterapia ao esforço.</p>	
Manutenção de quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos	<p>- Sem alterações ao nível da ingestão de líquidos.</p> <p>- Tem dificuldade em alimentar-se de dieta sólida por falta de peças dentárias, mas o Sr.M. alimenta-se de forma autónomo da dieta pastosa (diabética).</p>	<p>Sem défice no AC</p> <p>Sistema Apoio- educação</p>
Provisão de Cuidados associados com processos de eliminação	<p>- Mantém continência vesical e intestinal.</p>	<p>Sem défice no AC</p>
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	<p>- O Sr. M. refere alguma dificuldade para dormir (classifica como 4 no CAT)</p> <p>- Alterações da força muscular (4/5 ao nível dos membros inferiores) e na marcha (3/5).</p> <p>- Dependência Parcial na utilização do WC e dificuldade na gestão da energia.</p>	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social	<p>- O Sr. M. não tem dificuldades na interação com o que o rodeia</p>	<p>Sem défice no AC</p> <p>Sistema Apoio- educação</p>
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	<p>- Sem alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico (sentado e ortostático), não se verificaram alterações.</p> <p>- Baixo risco de queda (score 35), segundo a Escala de Morse.</p>	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	<p>- Sr. M. tem consciência de algumas das suas limitações.</p> <p>- Manifesta défices de conhecimentos sobre gestão de oxigenioterapia ao esforço, se sair de casa.</p>	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>
Desvios saúde	Padrão Autocuidado/Défice Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Procurar garantir assistência médica adequada	<p>- Sr. M. não tem apresenta dificuldades em procurar cuidados de saúde.</p>	<p>Sem défice no AC</p> <p>Sistema Apoio- educação</p>
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	<p>- Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico.</p>	<p>Sem défice no AC</p> <p>Apoio-educação</p>
Realizar as	<p>- Colabora na sessão de reabilitação, com ajuda.</p>	<p>Défice AC</p>

prescrições terapêuticas e reabilitação		Parcialmente compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	- Associa os efeitos/resultados às intervenções realizadas, manifestando-se com disposição para a participação na sessão de reabilitação.	Sem déficit Apoio-educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	- Sr. M. demonstra insegurança quanto à gestão da oxigenioterapia ao esforço.	Défice AC Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições patológicas	- Sr. M. ainda não aprendeu a viver com as limitações adquiridas.	Défice AC Apoio-educação
Desenvolvimento	Padrão Autocuidado/Défice Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Velhice	- Sr. A. tem dificuldade em aceitar as suas limitações, eventualmente associando a um declínio funcional.	Défice AC Apoio-educação

2.1. Problemas identificados

Problemas	Diagnóstico (CIPE versão 2)
<u>Sensação de dispneia (segundo Escala de Borg Modificada)</u> - 10/12 0,5 em repouso, 3 em esforço - 8/01 0 em repouso, 2 em esforço - CAT inicial 24	Dispneia Presente
<u>Processo respiratório alterado (por agudização da DPOC):</u> - Fluxo expiratório diminuído (PEF 100) - Respiração predominantemente torácica, com amplitude diminuída	Ventilação Comprometida
<u>Défice de conhecimentos:</u> - Sobre necessidade oxigenoterapia ao esforço - Sobre manutenção e funcionamento do oxigénio portátil	Conhecimento Sobre a Saúde Diminuído
<u>10/12 Potencial para cair</u>	Risco de Queda
<u>26/12 e 27/12 Quedas:</u> - Alteração do equilíbrio dinâmico ortostático	Queda

Na situação do Sr. M., mais problemas/diagnósticos de enfermagem poderiam ser identificados, mas interessa elencar as principais necessidades de reabilitação.

3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1. Apresentação sumária do Programa de Reabilitação

Para o planeamento do programa de Reabilitação, procedeu-se a uma avaliação do impacto da DPOC na vida do Sr.M., através do aplicação do *COPD Assessment Test*. Para avaliação do pico de fluxo expiratório, recorreu-se ao *Peak Flow Meter*.

Para minimizar a dispneia, pretende-se ajudar o Sr. M. a adotar posições de descanso e relaxamento, bem como a proceder a um controlo da respiração, durante as crises.

Paralelamente, para prevenir o ciclo vicioso da dispneia, procurar-se-á melhorar a autonomia e a capacidade para realizar as atividades de vida diária. Para isso, proceder-se-á ao ensino sobre técnicas de conservação de energia

Para melhorar o processo respiratório do Sr. M. dever-se-á executar exercícios que aumentem a musculatura respiratória e, conseqüentemente melhorem a capacidade expiratória. É importante salientar que não se recorrerá ao espirómetro de incentivo invertido, uma vez que o Sr. M. integra um estudo de investigação que pretende comparar o impacto do uso deste instrumento, fazendo parte do grupo de controlo. Pretende-se também auxiliar na mobilização de secreções, recorrendo a dispositivo de oscilação intrapulmonar, se necessário.

Relativamente ao défice de conhecimentos, proceder-se-á ao ensino ao Sr. M. sobre a necessidade de aporte de oxigénio ao esforço, e capacitá-lo para a utilização da fonte de oxigénio portátil.

Para predizer o risco de queda, recorrer-se-á ao *score* da Escala de Morse. Executar-se-á um programa de intervenção no hospital, com enfoque em fatores intrínsecos (como o treino de equilíbrio dinâmico ortostático e o treino de marcha).

Para avaliar o desempenho na realização de AVD, recorrer-se-á à Escala de Dependência de *Barthel*.

3.2. Plano De Cuidados

Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
10/12 Dispneia Presente	<p>Objetivo: Que o Sr, M. apresente dispneia melhorada [score 0 em repouso]</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Avaliar dispneia do Sr.M. [com recurso à Escala de Borg Modificada]</p> <p>2. Gerir oxigenioterapia.</p> <p>3. Ensinar o Sr. M. sobre Técnica de Relaxamento [e descanso]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Com dispneia: posição de cocheiro sentado ou em pé, decúbito dorsal com <i>fowler/semifowler</i>, decúbito lateral com <i>fowler/semifowler</i> – expiração com lábios semicerrados] - [Sem dispneia: decúbito dorsal, decúbito lateral – expiração com lábios semicerrados] <p>4. Executar Técnica de Relaxamento [e descanso]</p> <p>5. Ensinar o Sr. M. sobre [Controlo e dissociação dos Tempos Respiratórios com respiração diafragmática – CR/RD].</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Realizar inspiração nasal e expiração pela boca com lábios semicerrados, colocando ênfase na fase expiratória] <p>6. Executar [Controlo e dissociação dos Tempos Respiratórios com respiração diafragmática – CR/RD].</p> <p>7. Ensinar o Sr. M. sobre Conservação de Energia</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Explicar que a expiração com lábios semicerrados pode ser utilizadas durante a execução de algumas atividades de vida] - [Explicar que o Sr. M deve realizar as atividades por ordem de prioridade, eliminando o desnecessário, programando atividades para momentos do dia com maior energia] - [Explicar que o Sr. M deve alternar atividades mais exigentes com períodos de repouso] - [Explicar que deve, sempre que possível, realizar atividades sentado – barbear, lavar os dentes, secar o cabelo] 	<p>1/12 Avaliado impacto da DPOC, obtendo score 24 no CAT.</p> <p>10/12 Realizada Prova de Marcha 6 minutos, percorreu 100 metros, com necessidade de aporte de O2 a 6l/m.</p> <p>14/12 Sr.M. adota posições de descanso e relaxamento, expirando com os lábios semicerrados. Apresenta facilidade no CR/RD, sendo incentivando a enfatizar a fase expiratória. Avaliada dispneia - 0,5 em repouso e 3 em esforço, segundo Escala de <i>Borg</i> Modificada.</p> <p>Realiza algumas atividades sentado (pentear-se, lavar os dentes reconhecendo a sua importância para a redução da dispneia e cansaço.</p> <p>07/01 Sr. M. encontra-se mais autónomo na realização de atividades de vida, reconhecendo a necessidade de algumas pausas.</p> <p>8/01 Avaliada dispneia – 0 em repouso e 2 em esforço, segundo Escala de <i>Borg</i> Modificada.</p>

		<p>8. Executar treino de Conservação de energia.</p> <p>9. Executar [Prova de Marcha de 6 minutos, para aferir débito de oxigénio ao esforço].</p> <p>10. Avaliar [impacto da DPOC, com recurso ao CAT]</p>	<p>10/12 Avaliado impacto da DPOC com score 8 no CAT.</p>
<p>10/12 Ventilação Comprometida</p>	<p>Objetivo: Que o Sr, M. apresente ventilação melhorada</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Observar [radiografia ao] tórax.</p> <p>2. Auscultar tórax [antes e após sessão de reeducação funcional respiratória] do Sr. M.</p> <p>3. Executar [Drenagem Postural Modificada, em associação com CR/RD e Accapella] com o Sr. M.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Sr.M. em decúbito dorsal, no leito em semifowler, com almofada na região popliteia – segmentos anteriores dos lobos inferiores] - [Sr.M. em decúbito semidorsal esquerdo, no leito em semifowler – lobo médio] - [Sr.M. em decúbito lateral direito e esquerdo, em semifowler – segmentos internos e externos dos lobos inferiores] <p>4. Ensinar o Sr.M. sobre [Reeducação Diafragmática]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre [Reeducação diafragmática da Porção posterior] - Ensinar sobre [hemicúpula direita e esquerda] <p>5. Executar [Reeducação Diafragmática – com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória] com o Sr.M.</p> <p>6. Ensinar o Sr.M. sobre [Reeducação Costal]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva inferior] - Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva do hemitórax esquerdo e direito - porção Ântero-inferior] - Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva do hemitórax esquerdo e direito - porção lateral com abertura costal] - Ensinar sobre [Reeducação costal global com bastão] 	<p>10/12 Observada Radiografia ao Tórax do dia da entrada [descrita anteriormente].</p> <p>14/12 Auscultação [descrita anteriormente]. Realizada sessão de reabilitação. Executa os exercícios com facilidade e tolerância, mantendo ênfase na expiração. Sr.M. realiza o <i>acapella</i> com facilidade. Realizou-se tosse dirigida (eficaz), expelindo secreções mucopurulentas, espessas em moderada quantidade.</p> <p>04/01 Sr. M. executa com tolerância a ponte, e o rolar na cama. Não apresenta dificuldade nos exercícios de fortalecimento muscular, dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>18/12 Realizada sessão de reabilitação, com treino de marcha, 4 corredores, com aporte de O2 a 6l/m.</p> <p>7/1 Realizada sessão de reabilitação.</p>

		<p>6. Executar [Reeducação Costal – com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória] com o Sr. M.</p> <p>7. Ensinar o Sr. A. sobre Tosse [dirigida].</p> <p>8. Supervisionar a Tosse [dirigida]</p> <p>9. Executar treino [da musculatura expiratória: atividade terapêutica ponte, rolar na cama]</p> <p>10. Executar treino [exercício geral – marcha simples]</p> <p>10. Executar treino muscular [da musculatura sistêmica]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar treino muscular [dos Membros superiores com <i>halter</i> 0,5kg – com execução da fase expiratória no movimento contrário à gravidade] - Executar treino muscular [dos Membros inferiores: extensão/flexão da coxofemoral e joelho com inspiração/expiração respetivamente] 	<p>Realizado treino de marcha, 6 corredores, com aporte de O₂ a 6l/m. Observada radiografia ao tórax [descrita anteriormente].</p> <p>8/1 À auscultação, o Sr. M. apresentava murmúrio vesicular diminuídos no 1/3 médio À esquerda, com crepitações na fase expiratória. 1/3 superior e inferior com murmúrio vesicular mantidos, sem ruídos adventícios. Realizada sessão de reabilitação, com recurso ao <i>acapella</i>. Realizado treino de marcha, 10 corredores com aporte de O₂ a 6l/m, com dispneia 0 em repouso e 2 em esforço (SpO₂95%)</p>
<p>10/12</p> <p>Conhecimento Sobre a Saúde Diminuído</p>	<p>Objetivo: Que o Sr. A. apresente conhecimento sobre a saúde efetivo.</p> <p>Sistema enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<p>1. Aconselhar o Sr.M. sobre abuso do tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre [consequências, necessidade de evicção tabágica, estratégias de cessação tabágica]. <p>2. Ensinar o Sr.M. e filho sobre Inaloterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre [administração de inalador pressurizado com câmara expansora]. <p>3. Ensinar o Sr.M. e filho sobre Oxigenioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre [necessidade de oxigenioterapia ao esforço] - Ensinar sobre [fonte portátil de oxigénio – manutenção, regulação do débito de oxigénio correto, colocação dos óculos nasais, uso da fonte portátil a deambular] - Treinar [uso da fonte portátil de oxigénio] <p>3. Executar Consulta [de seguimento]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Realizar contacto telefónico, para perceber adaptação ao domicílio] 	<p>3/12 Realizados ensinios sobre inaladores pressurizados com câmara expansora.</p> <p>10/12 Foi explicado ao Sr. M. necessidade de oxigenioterapia ao esforço. Dispensada uma fonte portátil de Oxigénio líquido (HiFlowStroller®) e explicado como regular o débito de oxigénio e como verificar se a fonte está cheia. Explicado como colocar de forma autónoma os óculos nasais. Sr. M. demonstrou alguma dificuldade em adaptar à oxigenioterapia portátil.</p>

			<p>14/12 Sr. M. recusa cessação tabágica. Sr. M. encontra-se autónomo na correta administração de inaloterapia. Reforçados ensinios ao Sr.M, sobre oxigenioterapia. Realizados ensinios sobre o mesmo ao filho do Sr. M.</p> <p>23/12 Sr. M. mantém dificuldade em adaptar-se à fonte de oxigénio portátil e seleccionar-se o débito correto.</p> <p>8/01 Foi assinalada uma marca vermelha, junto do valor do débito necessário ("6"), de forma a ser mais fácil para o Sr. M. seleccionar. Reforçados ensinios sobre consequências da não cessação tabágica e sobre cuidados com fonte portátil.</p> <p>10/1 Sr, M. selecciona o débito de oxigénio e realiza inaloterapia autonomamente. Reforçados ensinios sobre oxigenoterapia e inaloterapia junto do Sr. M. e filho.</p> <p>15/1 Realizado contato telefónico com filho do Sr. M (descrição à frente).</p>
--	--	--	--

10/12 Risco de Queda	<u>Objetivo:</u> Que o Sr. M. não apresente quedas.	1. Avaliar risco de queda [através da Escala de Morse] do Sr. M.	14/12 Avaliando o Risco de Queda, verificou-se Baixo risco de queda (score 35), segundo a Escala de Morse.
26/12 Queda	<u>Sistema de enfermagem:</u> Apoio-educação <u>Método:</u> Ensinar o outro	2. Executar [Programa de intervenção no hospital] <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre levante [explicar ao Sr.M. para realizar levante faseado, para prevenir episódios de hipotensão ortostáticas] - Executar treino de equilíbrio [dinâmico ortostático] - Ensinar Sr.M sobre calçado [antiderrapante, velcro] e ambiente [retirar objetos que possam ser obstáculos] - Executar técnicas de exercício muscular - Executar treino de marcha 	26/12 e 27/12 Quedas [descritas anteriormente]. Fica com prescrição médica para contenção de tronco no leito e cadeirão. 3/01 Avaliado o Risco de Queda, segundo a Escala de Morse, tendo verificou-se alto risco de queda (score 70). Realizado teste coordenação motora [referido anteriormente]. Realizados ensinios sobre levante. Apresenta alterações no equilíbrio dinâmico ortostático, realizado treino de equilíbrio. Após ensinios, adotou calçado antiderrapante. 05/01 Sr. M. nem sempre adota atitudes e comportamentos preventivos de queda, levantando-se de repente e não otimizando o espaço. Durante o internamento, tem sido realizado treino muscular, de marcha e de equilíbrio..

4. PLANO DE ALTA

Pretende-se que no momento da alta, o Sr. M. apresente:

1. Ventilação melhorada
2. Dispneia melhorada
3. Conhecimento sobre a saúde efetivo
4. Queda ausente

4.1 Momento da alta

O Sr. M. teve alta a 10/1, com ventilação melhorada, dispneia melhorada e conhecimento sobre a saúde efetivo. Apesar de consciente das consequências, recusa cessação tabágica. Apresentou um total de 2 quedas, durante o internamento.

No momento da alta, apresentava PEF de 120 (a melhor de 3) e um impacto de score 8, na avaliação do CAT.

Aquando da alta, o filho do Sr. M. estava presente e foram reforçados os ensinamentos que já haviam sido feitos sobre inaloterapia, a fonte portátil de oxigénio e a prevenção de quedas. O Sr. M. não regressou ao domicílio, tendo ido para casa do filho (por decisão própria) para maior apoio familiar.

4.2. Contato Telefónico de seguimento

Cerca de 5 dias depois da alta, foi realizado um contacto telefónico de seguimento para o cuidador (autorizado pelo Sr.M.), onde se procurou saber como tinha sido o regresso a casa, como estava a ser a adaptação à oxigenioterapia, o estado geral do Sr. M., bem como esclarecer dúvidas (este contato insere-se num projeto implementado no serviço sobre o envolvimento do cuidador nos cuidados).

O filho do Sr. M. referiu que este conseguia regularizar o débito do oxigénio, para atividades que exigissem esforço, adiantando que não tinha dúvidas quanto à medicação, mas colocou questões sobre a fonte portátil. Procurou-se saber como o Sr. M. e o cuidador verificavam se a fonte estava cheia, quanto tempo utilizava a fonte, ao fim de quanto tempo verificavam se estava vazia e como a carregavam. Foi necessário reforçar alguns aspetos quanto à fonte portátil.

O filho questionou sobre o facto de o Sr. M. manter algum desequilíbrio (que já apresentava no internamento), pelo que foram reforçados as estratégias a adotar para prevenção de quedas.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação do CAT

O seu nome: M.A.	Data de hoje: 1/12/2018	 COPD Assessment Test
---------------------	----------------------------	---

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a avaliar o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Estou muito triste	PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	0
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	0
Não sinto nenhuma pressão no peito	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	0
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	5
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	5
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	5
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	4
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	5
PONTUAÇÃO TOTAL			24

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline. ©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Retirado: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000400290

O seu nome:

M.A.

Data de hoje:

10/1/2019



Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™–CAT)

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de seleccionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Estou muito triste

								PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	X	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo	0
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	X	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	0
Não sinto nenhuma pressão no peito	0	X	2	3	4	5	Sinto uma grande pressão no peito	1
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	X	1	2	3	4	5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	0
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	X	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	0
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	X	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	1
Durmo profundamente	0	1	2	X	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	3
Tenho muita energia (disposição)	0	1	2	X	4	5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	3
PONTUAÇÃO TOTAL								8

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Retirado: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000400290

Apêndice 2 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Tônus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	0	
	Rotação	0	
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos da mão	Flexão/extensão,	0	0
	Abdução/adução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência polegar	0	0
Punho	Flexão/extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundução	0	0
Antebraço	Pronação/supinação	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos do pé (esquerdo)	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
Tibiotársica (esquerdo)	Dorsiflexão/flexão plantar	0	0
	Inversão/eversão	0	0
Joelho (esquerdo)	Flexão/extensão	0	0
Coxofemoral	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0

Apêndice 3 – Avaliação da Força Muscular (*Escala Medical Research Council*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		14/12		3/01	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5		5/5	
	Inclinação lateral	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
Membros Superiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
		14/12	03/01	14/12	03/01
Dedos da mão	Flexão/extensão,	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução/adução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5
	Oponência polegar	5/5	5/5	5/5	5/5
Punho	Flexão/extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial/cubital	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundução	5/5	5/5	5/5	5/5
Antebraço	Pronação/supinação	5/5	5/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução/abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna/externa	5/5	5/5	5/5	5/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
Dedos do pé	Flexão/extensão,	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução/abdução	4/5	4/5	4/5	4/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	4/5	4/5	4/5	4/5
	Inversão/eversão	4/5	4/5	4/5	4/5
Joelho	Flexão/extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
Coxofemoral	Flexão/extensão,	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução/abdução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação interna/externa	4/5	4/5	4/5	4/5

Apêndice 4 – Avaliação da Marcha (Avaliação das Categorias Funcionais da Marcha)

Avaliado em contexto internamento	14/12	3/01
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo		
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas		
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa		
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita	X	X
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita		
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência		

Apêndice 5 – Avaliação do Risco de Queda

Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse) a 14/12

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse) a 3/1

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Apêndice 6 – Avaliação da Dependência (Escala de *Barthel*)

	14/12	3/01
1. Alimentação		
10) Independente		
5) Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	X	X
0) Dependente		
2. Transferências		
15) Independente	X	X
10) Precisa de alguma ajuda		
5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se		
0) Dependente, não tem equilíbrio sentado		
3. Toalete		
5) Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	X	X
0) Dependente, necessita de alguma ajuda		
4. Utilização do WC		
10) Independente	X	
5) Precisa de alguma ajuda		X
0) Dependente		
5. Banho		
5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	X	
0) Dependente, necessita de alguma ajuda		X
6. Mobilidade		
15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	X	X
10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda		
5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas		
0) Imóvel		
7. Subir e descer escadas		
10) Independente, com ou sem ajudas técnicas		
5) Precisa de ajuda	X	X
0) Dependente		
8. Vestir		
10) Independente	X	
5) Com ajuda		X
0) Impossível		
9. Controlo Intestinal		
10) Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X	X
5) Acidente ocasional		
0) Incontinente ou precisa de uso de clisteres		
10. Controlo urinário		
10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália	X	X

sozinho		
5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)		
0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho		
TOTAL	90	75

Apêndice 18 – Plano de Cuidados 2

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: Sr. A.B.	Estado Civil: Casado
Género: Masculino	Profissão: Oncologista
Data de nascimento: 1946-12-22	Situação Profissional: Reformado
Nacional: Portuguesa	Agregado familiar: Sr. A. e cônjuge
Residente: S. Sebastião da Pedreira	Cuidador: Cônjuge – Sr ^a . R.B.

1.2. Motivo de Internamento

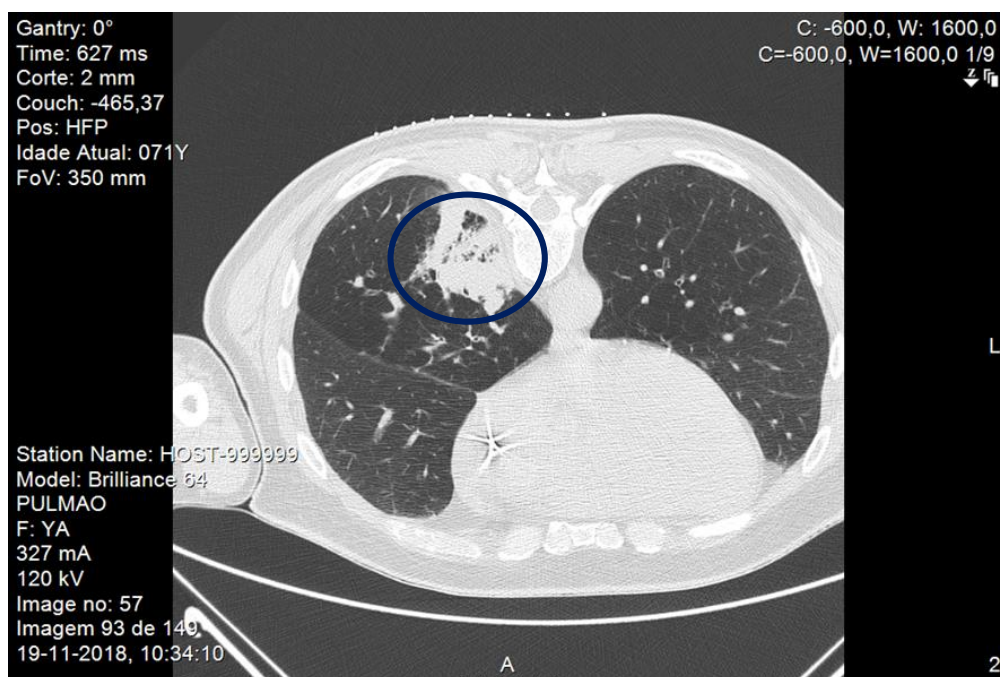
O Sr. A. veio transferido de um Centro Hospitalar da área de Lisboa, após instalação de quadro neurológico agudo, ficando com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico bihemisférico. Ficou internado no Serviço de Pneumologia, para tratamento oncológico a um Adenocarcinoma do Pulmão IIIB e para estudo de eventual endocardite marântica [retirado do Processo Clínico].

1.3. História Saúde Atual

O Sr. A. apresentou quadro neurológico agudo, com diminuição de força muscular no hemicorpo direito, alteração do comportamento com heteroagressividade verbal e indiferença face ao contexto clínico. Nesse dia (3/12), recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da área de residência, onde realizou Tomografia Axilar Computorizada Crânio-encefálica (CE), que revelou presença de focos hemorrágicos. Realizou ainda Ressonância Magnética Nuclear CE que confirmou múltiplas lesões isquémicas em territórios da Artéria Cerebral Média (ACM) bilateral, bem como a presença de aneurisma de pequenas dimensões (5-6mmm) da ACM. Posteriormente, o Sr. A. foi transferido para outro Centro Hospitalar da área de Lisboa, tendo ficado internado no Serviço de Pneumologia. À chegada ao serviço, apresentava score 14 na Escala de Coma de Glasgow, afasia global e hemiparesia direita [retirado da avaliação inicial de enfermagem].

Relativamente à neoplasia do pulmão esta foi diagnosticada em Setembro de 2018, no contexto de estudo paraneoplásico por trombose venosa profunda (TVP), apresentando massa 80x40x48 mm no lobo inferior direito com adenopatias hilares e mediastínicas homolaterais [retirado do Processo Clínico]. Ainda em novembro, realizou

TAC tórax (que se encontra em baixo), onde é visível a massa [retirado do Processo Clínico].



Durante internamento, a 10/12 realizou 1º ciclo de Quimioterapia (QT). Após 2º ciclo de QT, prevê-se realização de ciclo de radioterapia.

A 11/12, o Sr. A. realizou ecocardiograma transesofágico, que revelou endocardite da válvula aórtica.

1.4. História pregressa [retirado do Processo Clínico]

Antecedentes pessoais: DPOC tabágica (fumador desde 16 anos, 42 UMA), *Status* pós neoplasia prostática (2010), Síndrome de *Troussau*, *Status* pós TVP do membro superior direito e membros inferiores (Setembro/2018), neoplasia do pulmão (Setembro/2018), AVC's recentes sem sequelas.

Intervenções cirúrgicas: implantação de *pacemaker* (por bloqueio aurículo-ventricular) (Fevereiro/2018), prostatectomia radical

1.5. Regime terapêutico [retirado do Processo Clínico]

Regime Terapêutico habitual: Rivaroxabano 20mg/d

Regime Terapêutico hospitalar

<u>Medicação</u>	Alprazolam 0.25mg – 1 comp em SOS Captopril 25mg – 1 comp em SOS Haloperidol Sol Injetavel 5mg Amp – 1 ml em SOS Metoclopramida Sol injetável 5mg/ml Amp – 2ml 9h, 13h, 19h (durante 3 dias após QT) Ondansetron Sol injetável 2mg/ml Ampola 4ml – 8 mg EV 9h, 21h (durante 3 dias após QT) Paracetamol EV – SOS (se dor) Nicotina Sistema Transdérmico 21 mcg – 9h Atorvastatina 10mg – 1 comp as 19h Enoxaparina 80mg – 1 injeção SC as 10h, 22h Esomeprazol 40mg – 1 comp 7h Quetiapina 12.5mg – 1 comp 22h Sene 12mg – 1 comp 19h Proteína Carcinoma pulmonar não pequenas células vinorelbina e carboplatina – 10/12 e 17/12 Sem alergias medicamentosas.
<u>Dieta</u>	Nutrison 1.0, 1500ml/d, por Sonda Nasogástrica
<u>Outros recursos</u>	- Fisioterapia - Terapia Ocupacional

1.6. Condição Sociofamiliar e económica

Avaliação da interação da família com o meio envolvente:

O Sr. A. mora com a esposa (Sr^a. R), cuidadora informal, mantendo uma boa relação com a mesma. Apresenta um forte suporte familiar, tendo uma sobrinha pneumologista, que se destaca também como elo de ligação entre o serviço e a restante família.

Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural:

O Sr. A. e a esposa residem no quinto andar, em casa própria, em São Sebastião da Pedreira. A habitação tem asseguradas condições habitacionais e saneamento básico.

Do ponto de vista económico, não são conhecidas dificuldades financeiras.

2. APRECIACÃO

Observação Física

(10/Dez) O Sr. A. apresenta pele íntegra na face. Usa prótese ocular, por diminuição da acuidade visual (diagnóstico médico desconhecido para a necessidade de prótese ocular). Apresenta alterações ao nível da alimentação, estando entubado com sonda nasogástrica. Apresenta incapacidade de deglutir a saliva, apresentando queda anterior de saliva.

À auscultação, apresenta murmúrio vesicular diminuído em todos os campos pulmonares, com presença de roncos ressonantes dispersos nos campos pulmonares superior e médio, mais predominante à direita, audíveis na fase expiratória. Apresenta secreções mucopurulentas, que não consegue mobilizar, por apresentar mecanismo de tosse ineficaz.

Apresenta pele íntegra ao nível dos membros superiores e inferiores.

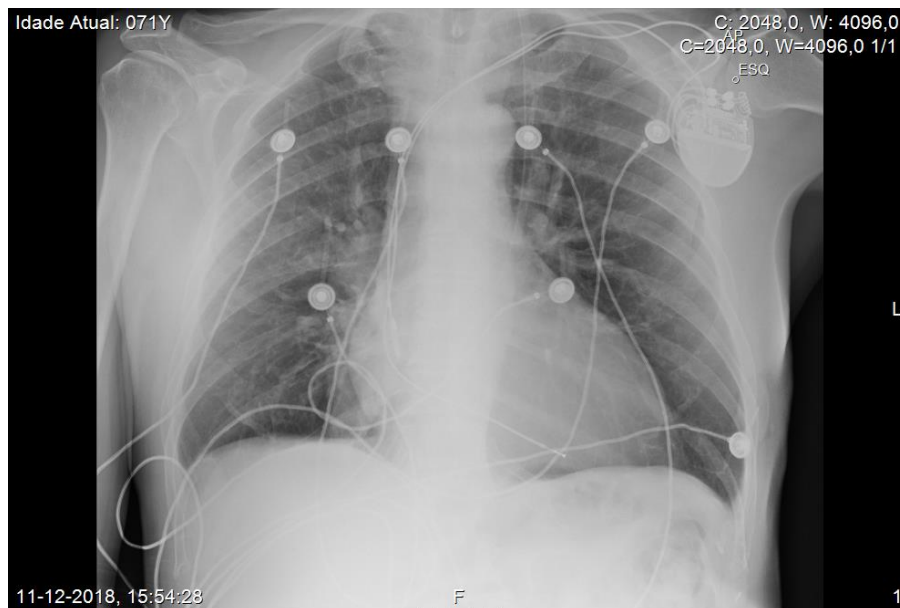
Apresenta drenagem vesical, com saída de urina concentrada. Mantém controlo intestinal.

(11/Dez) O Sr. A. foi desalgaliado, mantendo controlo vesical.

Parâmetros Vitais

	10/12	11/12	12/12
Pressão arterial	126/95 mmHg	133/81 mmHg	145/76 mmHg
Frequência Cardíaca	73 bpm Pulso regular e forte	77 bpm Pulso regular e forte	76 bpm Pulso regular e forte
Temp.Timpânica	36,4°C	36,4°C	36°C
Saturação periférica O ₂ (turno da manhã)	98% - O ₂ a 1l/m em repouso - O ₂ a 2l/m esforço	94% - Sem O ₂ em repouso - 1,5l/m esforço	- 97% em repouso sem O ₂ - 92% com O ₂ 2l/m esforço
Dispneia (segundo Escala Modificada de Borg)	- 2 em repouso - 3 em esforço	- 0 em repouso - 2 em esforço	- 0 em repouso - 2 em esforço
Dor (segundo Escala Qualitativa da Dor)	<u>Tipo:</u> emocional <u>Avaliação:</u> Ligeira a moderada <u>Fatores de Agravamento:</u> situação clínica (AVC e neoplasia) <u>Fatores de Alívio:</u> escuta ativa, apoio emocional, reforço positivo	Sem dor	

Imagiologia do tórax ou torácica



Radiografia ao Tórax com orientação correta, do Sr. A. do dia 11/12 às 15:54. Incidência Ântero-posterior, mal centrada, com menor grau de radiação, mal inspirado. Sem alterações nas estruturas ósseas. Índice cardiotórácico aumentado. Observa-se algum ingurgitamento hilar. Apresenta opacidade não natural, correspondente ao pacemaker e aos fios do pacemaker do Sr. A. São visíveis hipotransparências nos campos pulmonares, sugestivas de acumulações de secreções.

Análises laboratoriais

	4/12	10/12
Hemograma		
Eritrócitos	4.27	4.06
Hb	12.5	11.6
Hematocrito	35.4	33.7
Leuc	8.5	7.82
Plaq	120	283
Bioquímica		
U	42	33
Cr	0.89	0.77
PCR	8.28	3.17

Gasimetria Arterial (4/12)

pH	pCO2	pO2	K	Na	Ca	Lact	Tradução
7,481	29.9	85,7	3.8	140	1.22	11	Alcalose Metabólica compensada com Acidose Respiratória

Avaliação do estado cognitivo e do déficit neurológico

(10/12) O Sr. A. encontra-se vígil. Apresenta períodos de agitação noturna, com necessidade de recurso a medicação prescrita, em SOS. Durante o dia, apresenta comportamento adequado, cumprindo ordens. Apresenta Score 11 na NIHSS (déficit neurológico moderado) – Apêndice 1.

(12/12) O Sr. A. encontra-se vígil. Apresenta períodos de agitação noturna, com necessidade de recurso a medicação prescrita, em SOS. Durante o dia, apresenta comportamento adequado, cumprindo ordens. Apresenta Score 6 na NIHSS (déficit neurológico moderado) – Apêndice 1.

Avaliação dos pares cranianos

(4/12) Não foi possível avaliar, por estado de sonolência do Sr. A.

(10/12) Não foi possível avaliar os seguintes pares cranianos: I Olfativo, V Trigêmio, VII Estato-acústico, IX Glossofaríngeo. Sem afeção dos seguintes pares: II Ótico, III Oculomotora, IV Patético, VI Motor Ocular externo – sem nistagmo ou ptose palpebral -, X Vago (sem alteração no tom de voz/rouquidão), XI Espinhal. Apresenta alterações nos Par V Facial (tem dificuldade em manter saliva no lado mais afetado), XII Grande Hipoglosso (presença de tremores e desvio da língua nos movimentos da mesma, há acumulação de saliva).

Avaliação da linguagem

(10/12) Após apreciação de ER, verifica-se que o Sr. A. apresenta afasia de expressão (e não global), com a capacidade de nomeação e de repetição afetada, mas com a compreensão mantida (principalmente para construções sintáticas mais simples). A gramática apresentava-se “telegráfica” e o vocabulário restritivo.

Avaliação do Tônus Muscular dos Segmentos Corporais (10/Dez): não se verificaram sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de *Ashworth* (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 2).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: segundo a *Escala Medical Research Council* (Apêndice 3)

(10/12): Verificou-se alteração da força muscular ao nível do Membro superior direito, particularmente: ao nível dos dedos da mão (flexão/extensão 3/5, abdução/adução 3/5, circundação 3/5 e oponência polegar 3/5), ao nível do punho (flexão/extensão 3/5, desvio radial/cubital 3/5 e circundação 3/5), antebraço (pronação/supinação 3/5) e cotovelo (flexão/extensão 3/5). Restantes segmentos corporais sem alterações da força muscular.

(12/12): Verificou-se melhoria da força muscular ao nível do Membro superior direito: nos dedos da mão (flexão/extensão 4/5, abdução/adução 4/5, circundação 4/5 e oponência polegar 4/5), ao nível do punho (flexão/extensão 4/5, desvio radial/cubital 4/5 e circundação 4/5), antebraço (pronação/supinação 4/5) e cotovelo (flexão/extensão 4/5). Restantes segmentos corporais sem alterações da força muscular.

Amplitude articular: sem alterações

Coordenação motora

(10/12) Após realização de teste índex-nariz, não se verificaram alterações na coordenação motora.

Avaliação do Equilíbrio

(10/12) O Sr, A.B. apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido (mantendo equilíbrio, quando sujeito a força). Apresenta equilíbrio ortostático estático mantido, mas dinâmico diminuído.

(14/12) O Sr, A.B. mantém equilíbrio sentado estático e dinâmico mantido. Apresenta equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

Avaliação da Marcha: segundo as Categorias Funcionais de Marcha (Ver Apêndice 3).

(10/12) **Marcha 1/5. Marcha terapêutica, não funcional.** A deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar.

(12/12) **Marcha 2/5. Marcha domiciliar.** A deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado.

(14/12) **Marcha 3/5.** É capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita

Avaliação do Risco de Queda (10/12): Alto risco de queda (score 100), segundo a Escala de Morse (Apêndice 4).

Avaliação do Grau de Dependência: segundo a Escala de *Barthel* (Apêndice 5).

(10/12) Score 40, equivalência a Dependência Severa

(14/12) Score 50, equivalência a Dependência Severa

Avaliação do Impacto Autocuidado (Requisitos segundo Teoria de Orem) (10/Dez):

Universais	Padrão Autocuidado	Défice Autocuidado (AC)/Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<u>Componente cardíaca:</u> - Perfil normotenso (TA 126/95) - Normocárdica (FC 73bpm), pulso regular, forte e cheio <u>Componente respiratória:</u> - Padrão respiratório toraco-abdominal, simétrico, regular, profundo, amplitude normal. SpO2 98%, com O2 a 1l/m (em repouso) e a 2l/m (esforço) - À auscultação, apresenta murmúrios vesiculares diminuídos em todos os campos pulmonares, com presença de roncos ressonantes dispersos nos campos pulmonares superior e médio, mais à direita, audíveis na fase expiratória. - Apresenta secreções mucopurulentas, que não consegue mobilizar.	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Manutenção de quantidade suficiente de água e ingestão suficiente de alimentos	- Apresenta incapacidade de deglutir a saliva, apresentando queda anterior de saliva. - Equipa de enfermagem hidrata e alimenta Sr.A, com Nutrison 1.0 (1500/d), por sonda nasogástrica.	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório
Provisão de Cuidados associados com processos de eliminação	- Apresenta-se com drenagem vesical. - Mantém continência intestinal. - Durante o período noturno, usa fralda, que é trocada pela equipa de enfermagem e de assistentes operacionais (devido a perda urinária por períodos de desorientação).	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	- O Sr.A. apresenta períodos de agitação noturna, com necessidade de recurso a medicação prescrita, em SOS. - Alterações da força muscular	Défice no AC Sistema Parcialmente

	- Dependência Parcial transferências, levante e atividades básicas de Vida diária (ABVD).	Compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social	- O Sr. A. apresenta dificuldades na interação com o que o rodeia, devido à afasia de expressão. Não tem desenvolvidas estratégias adaptativas para o processo comunicacional.	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	- Ligeiro desequilíbrio ortostático dinâmico - Alto do Risco de Queda (score 100 Escala de Morse), com presença fatores extrínsecos (ambiente desconhecido) e intrínsecos (agitação noturna, alteração equilíbrio)	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	- Sr. A. tem consciência de algumas das suas limitações (como é o caso das dificuldades comunicacionais), mas não tem noção das suas potencialidades.	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Desvios saúde	Padrão Autocuidado/Défice Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Procurar garantir assistência médica adequada	- Sr. não tem apresenta capacidade de expressão, comprometendo a procura por assistência médica. Fica ao encargo da esposa e sobrinha.	Défice no AC Totalmente compensatório
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	- Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico.	Sem défice no AC Apoio-educação
Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação	- Colabora na sessão de reabilitação, quando lhe é solicitado, com ajuda.	Défice AC Parcialmente compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	- Associa os efeitos/resultados às intervenções realizadas, manifestando-se com disposição para a participação na sessão de reabilitação.	Sem défice Apoio-educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	- Sr. A. demonstra frustração e alguma irritabilidade devido situação clínica/limitações (principalmente perante as dificuldades comunicacionais)	Défice AC Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições patológicas	- Sr. A. ainda não aprendeu a viver com as limitações adquiridas.	Défice AC Apoio-educação

Desenvolvimento	Padrão Autocuidado/Déficit Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Velhice	- Sr. A. tem dificuldade em aceitar as suas limitações, eventualmente associando a um declínio funcional/envelhecimento.	Déficit AC Apoio-educação

2.1. Problemas identificados

Problemas	Diagnóstico (segundo CIPE versão 2)
Afasia de expressão	Capacidade para comunicar comprometida
Dificuldades na limpeza das vias aéreas: - Mecanismo de tosse ineficaz - Acumulação de secreções	Limpeza das vias aéreas comprometida
Potencial para instalação padrão espástico	Risco de Espasticidade
Alteração mobilidade - Alteração da força muscular - Alteração do equilíbrio	Padrão de Mobilidade diminuído
Potencial para cair	Risco de Queda
Dependência total para alimentação - Presença sonda nasogástrica - Disfagia a líquidos	Capacidade para alimentar-se comprometido

Na situação do Sr. A., mais problemas/diagnósticos de enfermagem poderiam ser identificados, mas interessa elencar os principais problemas (possíveis de serem trabalhados).

3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1. Apresentação sumária do Programa de Reabilitação

Para o planeamento do programa de Reabilitação para o Sr.A., procedeu-se a uma avaliação inicial do Estado Funcional e do défice neurológico.

Para contínua avaliação do défice neurológico, pretende-se aplicar a Escala de NIHSS. Pretende-se trabalhar na capacidade de alternativas comunicacionais, bem como proceder ao treino da fluência, nomeação, repetição.

Para melhorar a capacidade de limpeza das vias aéreas do Sr.A, pretende-se executar exercícios que ajudem a mobilizar secreções, recorrendo – se necessário – a algum tipo de dispositivo de oscilação intrapulmonar, bem como ao treino dos músculos respiratórios.

Para predizer o risco de queda, recorrer-se-á ao score da Escala de Morse. Pretende-se executar um programa de intervenção no hospital, com enfoque em fatores intrínsecos (como o treino de equilíbrio dinâmico ortostático e o treino muscular) e fatores extrínsecos (como o calçado).

Para avaliar a força muscular, recorrer-se-á à Escala *Medical Research Council*. Pretende-se realizar treino de exercício articular e exercício muscular e mobilizações ativas com resistência dos segmentos, bem como proceder ao treino de marcha.

Para avaliar o desempenho na realização de ABVD, pretende-se recorrer à Escala de Dependência de *Barthel*. Pretende-se trabalhar principalmente as atividades de alimentar-se, através da avaliação da deglutição do Sr. A. (através da escala de Guss). Após a sua aplicação e, se necessário, pretende-se trabalhar com a Srª. R. sobre como deve otimizar a sonda nasogátrica do Sr. A..

3.2. Plano De Cuidados

Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
10/12 Capacidade para comunicar comprometida	<p>Objetivo: Que o Sr. A. apresente capacidade para comunicar melhorada</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> Executar exercícios [de fluência] com o Sr. A. <ul style="list-style-type: none"> Incentivar Sr. A. [a recorrer à Entoação melódica: “cantando” a palavra/frase, mostrando uma imagem produzir o discurso de alguma figura]] Incentivar o Sr. A. [a construir uma frase sobre uma ou mais imagens que lhe sejam mostradas] Incentivar o Sr. A. [a descrever uma imagem/figura] Executar exercícios [de nomeação] com o Sr. A. <ul style="list-style-type: none"> Incentivar o Sr. A. [a nomear as figuras mostrada] Incentivar o Sr. A. [a evocar palavras dentro de cada tema. Ex: 4 palavras que sejam frutos] Incentivar o Sr. A [a nomear os nomes dos familiares] Executar exercícios [de leitura] com o Sr. A. <ul style="list-style-type: none"> Incentivar o Sr. A. [a ler palavras em voz alta] Executar exercícios [de repetição] com o Sr. A. <ul style="list-style-type: none"> Incentivar o Sr. A. [a repetir as palavras] Facilitar capacidade [e alternativas] para comunicar <ul style="list-style-type: none"> Incentivar Sr. A [a recorrer a pictograma, gestos] 	<p>10/12 Mantém compreensão (obedece a ordens simples). Questionado sobre se preferia ser chamado de “A” ou “B”, tendo respondido “bacalhau” – apresenta nomeação afetada. Pedido para repetir palavra, não tendo conseguido. Gramática apresentava-se “telegráfica” e o vocabulário restritivo (referiu “olhos bonitos”). Pedido para ler 3 palavras em voz alta, conseguindo ler 1 palavra.</p> <p>11/12 Não foi possível realizar sessão de reabilitação, uma vez que utente foi realizar ecocardiograma transesofágico.</p> <p>12/12 Pedido para entoar uma canção, tendo conseguido fazê-lo com ligeira dificuldade. Questionado o Sr. A. sobre se um pictograma ajudaria o processo comunicacional, tendo concordado (acenando).</p>

			Disponibilizado ao mesmo ao Sr.A. 14/12 Apresenta melhoria da afasia de expressão, conseguindo verbalizar uma frase simples.
10/12 Limpeza das vias aéreas comprometida	<p>Objetivo: Que o Sr. A. apresente limpeza das vias aéreas efetiva.</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar [radiografia ao] tórax. 2. Auscultar tórax [antes e após sessão de reeducação funcional respiratória] do Sr. A. 3. Ensinar o Sr. A. sobre [Exercício Respiratório]: <ul style="list-style-type: none"> - [Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática- CD/RD] - [Exercícios de expansão torácica – EET] - [Técnica de Expiração Forçada/Huff – TEF Huff] 4. Executar Técnica Respiratória [Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias] com o Sr. A.: <ul style="list-style-type: none"> - [CR/RD, com ênfase na expiração] - [EET com recurso a bastão, com ênfase na expiração], - [CR/RD] - [EET] - [TEF Huff] 5. Executar [Drenagem Postural Modificada, em associação com EET e Accapella] com o Sr. A.: <ul style="list-style-type: none"> - [Sr.A. em decúbito dorsal, no cadeirão e no leito em semifowler – segmentos apicais lobos superiores] - [Sr.A. em decúbito dorsal, no leito em semifowler, com almofada na região popliteia – segmentos anteriores dos lobos superiores] - [Sr. A. em decúbito semidorsal esquerdo, em semifowler – lobo médio] 	<p>10/12 Observação da Radiografia ao Tórax descrita em cima. Auscultação descrita em cima. Apresenta secreções, que não consegue mobilizar. Sob oxigenoterapia a 1l/m por óculos nasais em repouso e a 2l/m ao esforço. Explicado e executado CR/RD. Procurou-se explicar e assistir na tosse, mas esta mostrou-se ineficaz. Sr.A. recetivo à sessão.</p> <p>11/12 Não foi possível realizar sessão de reabilitação, uma vez que utente foi realizar ecocardiograma transesofático.</p> <p>12/12 Sob oxigenoterapia a 2l/m ao esforço. Executada sessão de reabilitação. Experimentado shaker, que o Sr.A. não se adaptou. Utilizado <i>accapella</i> (no cadeirão) com eficácia.</p>

		<p>- [Sr.A. em decúbito semidorsal direito, em semifowler – língua]</p> <p>6. Executar treino [musculatura expiratória: atividade terapêutica ponte, rolar na cama, espirômetro de incentivo, em associação com RD]</p> <p>7. Ensinar o Sr. A. sobre Tosse [assistida].</p> <p>8. Assistir o Sr. A. na Tosse.</p>	
10/12 Risco de Espasticidade	<p>Objetivo: Que o Sr, A. não apresente espasticidade.</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Executar Técnicas de Exercício articular com o Sr. A.:</p> <p>- [Executar movimentos articulares ativos [livres dos vários segmentos corporais, com ênfase]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Cabeça e pescoço: rotação para o lado direito, inclinação para lado esquerdo, extensão] - [Dedos das mãos: extensão e abdução da mão direita] - [Punhos: desvio radial e extensão do punho direito] - [Cotovelo: extensão e supinação do cotovelo direito] - [Escápulo-umeral: rotação externa e na elevação da escapulo-umeral à direita] - [Tibiotársica: flexão plantar e eversão à direita] - [Coxofemural e joelho: flexão e rotação interna] <p>2. Assistir o Sr. A. no posicionamento [em padrão antiespástico].</p>	<p>10/12 Sem presença de espasticidade dos segmentos corporais. Executados movimentos articulares.</p> <p>14/12 Sem sinais de espasticidade.</p> <p>Ao longo do internamento, Sr. A. foi assistido no posicionamento, em padrao antiespástico.</p>
10/12 Padrão de Mobilidade diminuído	<p>Objetivo: Que o Sr. A. apresente padrão de mobilidade melhorada.</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Avaliar equilíbrio [estático e dinâmico]</p> <p>2. Executar treino de equilíbrio [dinâmico] com o Sr. A.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Com o Sr. A. em posição ortostática, balancear o tronco] - [No corredor, incentivar o Sr. A. a deambular em cima da faixa existente] <p>3. Avaliar treino de equilíbrio.</p> <p>4. Avaliar força muscular dos [segmentos, através da Escala <i>Medical Research Council</i>] do Sr. A.</p>	<p>10/12 O Sr, A.B. mantém equilíbrio sentado estático e dinâmico. Apresenta equilíbrio ortostático estático mantido, mas dinâmico diminuído. Avaliada força muscular, grau 3/5, a nível do membro superior direito. Restantes segmentos sem alterações. Avaliada marcha, apresentando marcha 1/5, só com</p>

		<p>5. Executar Técnicas de Exercício muscular com o Sr. A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Orientar Sr. A. na realização de movimentos ativos com resistência/halter 0.5kg dos segmentos dos membros superiores, quando sentado no cadeirão] - [Orientar Sr. A. na realização de movimentos ativos com resistência dos restantes segmentos corporais] <p>6. Avaliar treino de exercício muscular [através da avaliação força muscular dos segmentos corporais].</p> <p>7. Executar treino de marcha com o Sr. A. [inicialmente com apoio de carro de compras e, posteriormente com apoio unilateral, no corredor].</p>	<p>apoio. Realizado treino de equilíbrio e de marcha, com O2 a 2l/m (2 corredores). Durante o treino, pediu para ir ao wc (mantém controlo intestinal).</p> <p>12/12 Avaliada força muscular, grau 4/5 ao nível do membro superior direito. Restantes segmentos sem alterações. Avaliada marcha (2/5), fazendo marcha em superfície plana. Realizado treino de marcha, sob O2 a 2l/m. Durante o treino, pediu para ir ao wc (apresentado controlo vesical).</p> <p>14/12 O Sr, A.B. mantém equilíbrio estático e dinâmico mantido.</p>
10/12 Risco de Queda [alto]	<p>Objetivo: Que o Sr. A.. tenha potencial para risco de queda diminuído [score 25 a 50 da Escala de Morse]</p> <p>Sistema de enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<p>1. Avaliar risco de queda [através da Escala de Morse] do Sr. A.</p> <p>2. Executar [Programa de intervenção no hospital]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar treino de equilíbrio - Executar técnicas de exercício muscular - Executar treino de marcha - Ensinar família sobre calçado (antiderrapante, velcro) - Articular com enfermeiros [turno da noite, estratégias prevenção quedas, devido a agitação noturna] 	<p>10/12 Alto risco de queda (score 100), segundo a Escala de Morse. Realizado treino de equilíbrio dinâmico ortostático e de marcha. Incentivada sobrinha a articular com a família e a trazerem calçado antiderrapante (explicados riscos de deambular com chinelos).</p> <p>12/12 Família trouxe calçado adequado para o Sr.A.</p> <p>Durante internamento, sem quedas.</p>
10/12	Objetivo: Que o Sr. A. tenha	1. Avaliar capacidade de deglutição do Sr. A. [através da aplicação da Escala de	Semana de 10/12 a 14/12 Não foi

Capacidade para alimentar-se comprometido	<p>capacidade para alimentar-se efetivo</p> <p><u>Sistema</u> <u>enfermagem:</u></p> <p>Totalmente compensatório</p> <p><u>Método:</u> Agir pelo outro</p>	<p>Guss]</p> <p>2. Ensinar à cuidadora/Sr^a. R. [sobre otimização e alimentação por sonda nasogátrica], se necessário.</p> <p>3. Incentivar Sr^a R. a permitir Sr. A. alimentar-se, se possível.</p> <p>4. Incentivar Sr. A. [a realizar reforço hídrico, com recurso a espessante).</p>	<p>aplicada Escala de Guss, uma vez que apresenta incapacidade de deglutir a saliva, apresentando queda anterior de saliva.</p> <p><i>Semana de 14/12 a 18/12</i> Aplicada Escala de Guss. O Sr. A. é capaz de ingerir dieta pastosa. Mantém disfagia a líquidos. Sr. A. não faz ingestão hídrica oral (recusando espessante). Decidiu-se em equipa, e após aceitação do Sr. A., manter a sonda nasogátrica para ingestão hídrica (uma vez que Sr.A. não ingere a quantidade suficiente, ois recusa o uso de espessante). Foram realizados ensinios à Sr^a. R. (Esposa) sobre otimização da sonda nasogátrica e administração de água.</p>
---	---	--	--

4. PLANO DE ALTA

Pretende-se que no momento da alta, o Sr. A. apresente

1. Melhoria do déficit neurológico (diminuição no score da NIHSS)
2. Capacidade para comunicar melhorada
3. Limpeza das vias aéreas efetiva (ausência de secreções)
4. Ausência de espasticidade
5. Padrão de mobilidade melhorado (melhoria no equilíbrio dinâmico ortostático, força muscular aumentada no membro superior direito, capacidade para andar melhorada).
6. Risco de queda diminuído (score <26 da Escala de Morse), sem ocorrência de quedas
7. Capacidade para alimentar-se de forma autônoma (se disponibilizados alimentos)
8. Nível de dependência melhorada (aumento no score da Escala de *Barthel*)

4.1 Regresso

A 2/01, o Sr. A. regressou ao serviço e apresentava processo comunicacional melhorado (vocabulário mais completo e melhoria na construção de frases) e padrão mobilidade melhorado (ainda que circule em cadeira de rodas para distância maiores). Apresentava capacidade para ingerir alimentos em consistência pastosa, mas mantinha sonda nasogástrica por disfagia a líquidos (e uma vez que o Sr.A. recusa o uso de espessante). É hidratado por sonda nasogástrica, pela Sr^a. R. Não apresenta espasticidade, nem sinais de dificuldade respiratória (aparente ausência de secreções).

APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação do déficit neurológico

Itens			10/12	12/12
1.a Estado de Consciência	Alerta	0	X	X
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação	1		
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder	2		
	Coma	3		
1b. ORIENTAÇÃO (pergunte à pessoa o mês e a idade)	Responde a ambas as questões corretamente	0		
	Responde a uma questão corretamente	1		
	Ambas as respostas são incorretas	2	X	X
1c. COMANDOS (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)	Obedece a ambas as ordens	0		X
	Obedece a uma ordem corretamente	1	X	
	Ambas incorretas	2		
2. OLHAR (melhor movimento ocular, apenas no plano horizontal)	Normal	0	X	X
	Limitação parcial dos movimentos oculares	1		
	Desvio forçado dos olhos	2		
3. CAMPOS VISUAIS (estímulo visual, ameaça)	Sem défices campimétricos	0	X	X
	Hemianópsia parcial	1		
	Hemianópsia completa	2		
	Hemianópsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)	3		
4. PARÉSIA FACIAL (pedir á pessoa para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor)	Movimentos simétricos e normais	0	X	X
	Parésia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)	1		
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)	2		
	Parésia total de um ou ambos os lados (face inferior e superior)	3		
5a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair)	0	X	X
	Membro começa a cair antes dos 10 seg	1		

SUPERIOR ESQUERDO	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
5b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg. sem cair)	0		
	Membro começa a cair antes dos 10 seg.	1		X
	Alguma força contra a gravidade	2	X	
	Sem força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
6a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)	0	X	X
	Membro começa a cair antes dos 5 seg.	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
6b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR DIREITO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)	0	X	X
	Membro começa a cair antes dos 5 seg.	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
7. ATAXIA DOS MEMBROS	Sem ataxia	0		X
	Presente em um membro	1	X	

	Presente em dois membros	2		
8. SENSIBILIDADE (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria)	Normal	0	X	X
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada	1		
	Perda de sensibilidade severa ou total	2		
9. LINGUAGEM (descrever figuras, nomear objetos)	Sem afasia	0		
	Afasia ligeira a moderada	1		X
	Afasia severa	2	X	
	Mutismo, afasia global	3		
10. DISARTRIA (lendo palavras)	Articulação normal	0		
	Disartria ligeira a moderada	1		X
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar	2	X	
	Não testável (intubado ou outro obstáculo físico)	3		
11. INATENÇÃO (use estímulo visual ou sensorial duplo)	Normal	0		
	Inatenção para estímulo simultâneo bilateral numa das modalidades sensoriais	1	X	X
	Hemi-inatenção severa ou em mais do que uma modalidade sensorial	2		
	TOTAL		11	6
			Défice moderado	

Apêndice 2 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Tônus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	0	
	Rotação	0	
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos da mão	Flexão/extensão,	0	0
	Abdução/adução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência polegar	0	0
Punho	Flexão/extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundução	0	0
Antebraço	Pronação/supinação	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos do pé (esquerdo)	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
Tibiotársica (esquerdo)	Dorsiflexão/flexão plantar	0	0
	Inversão/eversão	0	0
Joelho (esquerdo)	Flexão/extensão	0	0
Coxofemoral	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0

Apêndice 3 – Avaliação da Força Muscular *Escala Medical Research Council*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		10/12		12/12	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5		5/5	
	Inclinação lateral	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
Membros Superiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
		10/12	12/12	10/12	12/12
Dedos da mão	Flexão/extensão,	3/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução/adução	3/5	4/5	5/5	5/5
	Circundação	3/5	4/5	5/5	5/5
	Oponência polegar	3/5	4/5	5/5	5/5
Punho	Flexão/extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
	Desvio radial/cubital	3/5	4/5	5/5	5/5
	Circundução	3/5	4/5	5/5	5/5
Antebraço	Pronação/supinação	3/5	4/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	3/5	4/5	5/5	5/5
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução/abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna/externa	5/5	5/5	5/5	5/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
Dedos do pé	Flexão/extensão,	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução/abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	5/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão/eversão	5/5	5/5	5/5	5/5
Joelho	Flexão/extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
Coxofemoral	Flexão/extensão,	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução/abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna/externa	5/5	5/5	5/5	5/5

Apêndice 4 – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Avaliado em contexto internamento	10/12	12/12	14/12
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxilio externo			
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	X		
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa		X	
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			X
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita			
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência			

Apêndice 5 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Apêndice 6 – Avaliação da Dependência (Escala de *Barthel*)

	10/12	14/12
1. Alimentação		
10) Independente		
5) Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)		
0) Dependente	X	X
2. Transferências		
15) Independente		
10) Precisa de alguma ajuda	X	X
5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se		
0) Dependente, não tem equilíbrio sentado		
3. Toalete		
5) Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes		
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X	X
4. Utilização do WC		
10) Independente		
5) Precisa de alguma ajuda	X	X
0) Dependente		
5. Banho		
5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)		
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X	
6. Mobilidade		
15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)		X
10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	X	
5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas		
0) Imóvel		
7. Subir e descer escadas		
10) Independente, com ou sem ajudas técnicas		
5) Precisa de ajuda		
0) Dependente	X	X
8. Vestir		
10) Independente		
5) Com ajuda	X	X
0) Impossível		
9. Controlo Intestinal		
10) Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X	X
5) Acidente ocasional		
0) Incontinente ou precisa de uso de clisteres		
10. Controlo urinário		
10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália		

sozinho		
5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)		X
0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	X	
TOTAL	40	50

Apêndice 19 – Plano de Cuidados 3

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: Sr. J.	Estado Civil: Casado
Género: Masculino	Situação Profissional: Reformado
Data-de-nascimento: 1954/10/01	Agregado familiar: Sr.J. e cônjuge
Nacional: Portuguesa	Cuidador: Cônjuge – Srª A.F.
Residente: Campolide	

1.2. Motivo de referenciação

O Sr. J. foi referenciado pela Unidade de Média Duração e Reabilitação ASFE (UMDR) Saúde por necessidade de cuidados gerais de enfermagem (para realização de penso ao coto do membro inferior direito) e de cuidados de enfermagem de reabilitação e de fisioterapia (para continuação do plano de reabilitação instituído na UMDR e adaptação ao domicílio). Foi admitido na ECCI Sete Rios a 21 de fevereiro de 2018 [retirado do Processo Clínico].

1.3. História Saúde Atual

Em junho de 2017, O Sr. J. apresentou dor e aumento de sinais inflamatórios na face externa do pé direito (junto ao 5ºdedo), já sob antibioterapia durante uma semana, tendo ficado internado no Hospital de Santa Maria. Procedeu-se a amputação do 5º dedo a 19 de junho. No período pós-operatório imediato, desenvolveu-se processo de isquémia aguda do pé, com necessidade de amputação da perna abaixo do joelho. Durante a intervenção, constatou-se extensão da infeção (isolado agentes *Staphilococcus aureus*, *MRSA* e *enterococcus fecalis*) compatível com fascíte necrosante, com necrose do músculo da perna direita e presença de exsudado purulento de grande quantidade. Procedeu-se a amputação de nível transfemoral no 1/3 inferior da coxa. Cumpriu antibioterapia dirigida, durante 25 dias. Posteriormente, o Sr. J ingressou numa Unidade de Média Duração e Reabilitação cujo plano de reabilitação consistiu em: treino de atividades básicas de vida diária (ABVD), treino de equilíbrio sentado e em pé, treino de transferências, realização de mobilizações ativas e ativas resistidas, realização de atividades terapêuticas no leito, treino de marcha com andarilho e treino de escadas (com 2 corrimãos). Ainda durante internamento, apresentou suspeita de reinfeção do coto, tendo sido observado pela Cirurgia Geral do Hospital de Santa Maria e tendo

reiniciado antibioterapia. Regressou ao domicílio com necessidade de apoio de ECCI. O Sr. J fez o pedido para prótese para o Membro inferior direito, cuja aprovação pelo Hospital de Santa Maria mantém-se pendente *[retirado do Processo Clínico]*.

1.4. História pregressa [retirado do Processo Clínico]

Antecedentes pessoais:

Úlcera do pé diabético (junho/2017), Diabetes Mellitus tipo 2, doença arterial periférica com isquémia crónica dos membros inferiores, hipertensão arterial, dislipidémia, endocardite válvula aórtica por MRSA (junho/2017), abscesso do psoas (junho/2017), patologia osteoarticular degenerativa com instabilidade da coluna vertebral, espondilodiscite dorso-lombar sagrada, doença renal crónica estágio 5 (anteriormente realizou hemodiálise), hipotireoidismo, anemia multifatorial, infeções do trato urinário de repetição/urossépsis, fibrilhação auricular paroxística, insuficiência cardíaca congestiva, status pós-fratura cotovelo e ombro esquerdo.

Cirurgias:

- Plastia do freio/circuncisão por fimose/freio balanopreponeal (março 2018)
- Construção de fístula arteriovenosa (FAV) (março/2018) com posterior encerramento (abril/2018): por mau funcionamento da FAV e por comprometimento circulatório do membro superior esquerdo (tendo ficado com sequelas na mão esquerda, nomeadamente: alteração da força muscular, da amplitude articular e da temperatura)
- Amputação do membro inferior direito acima do joelho (junho/2017)

1.5. Regime terapêutico habitual

<u>Medicação</u>	Ácido Fólico 1mg+Ferro 90 mg – 1cp Pequeno-almoço (PA) Eliquis 2.5 – 1cp PA e 1cp Jantar (JT) Folinato de Cálcio 15 mg – 1cp JT Insulatard Insulina Humana – 26 UI PA e 16UI JT Levotiroxina sódica 0,025 – 1cp Jejum (JJ) Omeprazol 20mg – 1cápsula JJ Ibuprofeno 600 – até 2cp em SOS Sem alergias medicamentosas, mas refere intolerância ao paracetamol.
<u>Dieta</u>	Diabética, Renal, Hipossalina

<p><u>Outras</u> <u>recursos</u> <u>comunitários</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapia (2/semana) Hospital Santa Maria e ECCI - IPSS Infanta D. Mafalda: cuidados de higiene (diário) e animação sociocultural - Departamento Medicina Física e Reabilitação do Hospital Santa Maria: estudo de complicações associadas ao mau funcionamento da FAV. - Departamento Cirurgia Vascular: estudo de construção nova FAV
--	---

1.6. Condição Sociofamiliar e económica

Avaliação da interação da família com o meio envolvente:

O Sr. J. mora com a esposa (Sr^a. A.F.), que é a cuidadora, também com alguns condicionantes de saúde (não especificados). Durante parte do dia, a esposa não está em casa, tomando conta de crianças. O Sr. J. mantém uma relação boa com a esposa. Têm um filho, 39 anos, mas com quem não têm contacto há cerca de 4 anos (tem uma má relação com este). O Sr.J. mantém uma relação favorável com os recursos de saúde: Departamento CV HSM^a, Departamento MFR HSM^a, IPSS Infanta D.Mafalda (Ecomapa no Apêndice 1).

Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural (Índice de Graffar)

O Sr.J. e a esposa residem numa casa arrendada, em Campolide, com algumas barreiras arquitetónicas. O prédio não tem elevador, pelo que apresenta 6 lances de escadas até ao 3º andar (onde reside). A casa tem espaço para uma cadeira de rodas circular. Contudo, a casa de banho tem poliban, com elevação de acesso ao mesmo, que o Sr.J. não consegue ultrapassar. Do ponto de vista económico, o agregado familiar depende da reforma do Sr.J.

Foi aplicado o Índice de Graffar, cujo resultado foi: Classe social III – famílias cuja soma de pontos é de 14 a 17 pontos, ou seja, o Sr. J. insere-se numa família de classe média (tem 15 pontos) (índice de Graffar no Apêndice 1).

2. APRECIÇÃO

2.1. Exame Físico

(24/Set) Ao nível da cabeça, apresenta algumas escoriações, em fase de cicatrização, resultantes do corte de cabelo ter sido realizado pelo próprio Sr. J. Apresenta pele íntegra ao nível dos membros superiores.

Apresenta marcas, de antigas macerações, na região do dorso, decorrentes de processo de sudorese profunda aliado a processo desidratação antigo. Apresenta contractura muscular da fáscia tóraco-lombar, avaliada através de palpação.

Apresenta maceração peniana, com ardor e rubor, que o Sr. J. refere ter aparecido há cerca de 3 dias (sugerido realizar higiene íntima com betadine espuma, durante uma semana).

Ao nível no coto do membro inferior direito, na região mais distal da cicatriz, apresenta solução de continuidade, cerca de 0,2x0,2 cm, com profundidade de cerca de 0,3 cm, com saída de exsudado sero-hemático em pequena a moderada quantidade. Realiza-se tratamento com limpeza e irrigação com Soro Fisiológico, aplicação de nitrato de prata e Acquacel®, cerca de 3x/semana. Ao nível do membro inferior esquerdo, apresenta contractura muscular ao nível do reto femoral e do Gastrocnémio, através de palpação. Apresenta membro inferior esquerdo com diminuição da temperatura, ligeira palidez e ausência de pilosidade. Especificamente na perna, apresenta marcas de antigas soluções de continuidade.

(1/Out) Escoriações da cabeça já se encontram cicatrizadas.

Sem maceração peniana.

(15/Out) O Sr.J. referiu a parestesias, com alteração da mobilidade da mão esquerda e dor.

2.2. Avaliação da Funcionalidade

Avaliação do estado mental e cognitivo (24/Set): O Sr.J encontra-se vígil, orientado na pessoa, tempo e espaço. Sem alterações ao nível da atenção ou na memória. Sem alterações no estado de consciência, orientação, memória ou linguagem. Apresenta linguagem mantida, demonstra discurso fluente e compreensível.

Avaliação da Dor: Segundo Escala Qualitativa da Dor (Avaliação no Apêndice 2)

(28/Set) O Sr.J apresenta dor moderada a nível escapulo-umeral à direita e intensa a nível escapulo-umeral à esquerda, dor lombar moderada e dor moderada ao nível do membro inferior (reto femoral e gastrocnémio).

(10/Out) Sem dor no membro inferior (reto femoral e gastrocnémio).

(15/Out) O Sr. J. refere dor intensa ao nível da mão esquerda.

(16/Out) O Sr. J. refere dor ligeira a nível lombar.

Avaliação do Tónus Muscular dos Segmentos Corporais (28/Set): não se verificaram sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de *Ashworth* (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 3).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: segundo a *Escala Medical Research Council* (ver Apêndice 4)

(28/Set): Verificou-se alteração da força muscular ao nível dos dedos da mão esquerda, nomeadamente na flexão/extensão (3/5), abdução/adução (3/5), circundação (4/5) e oponência do polegar (4/5). Verificou-se alteração da força muscular ao nível do punho esquerdo, nomeadamente na flexão/extensão (4/5), desvio radial/cubital (4/5), circundação (4/5). Observou-se alteração da força muscular na flexão e extensão do joelho esquerdo (4/5) e a nível da coxofemoral à direita e à esquerda, nomeadamente: flexão/extensão (4/5), adução/abdução (4/5) e rotação interna/externa (4/5). Restantes segmentos corporais sem alterações da força muscular.

(15/Out) Verificou-se alteração da força muscular ao nível dos dedos da mão esquerda, nomeadamente na flexão/extensão (2/5), abdução/adução (2/5), circundação (2/5) e oponência do polegar (2/5). Verificou-se alteração da força muscular ao nível do punho esquerdo, nomeadamente na flexão/extensão (2/5), desvio radial/cubital (2/5), circundação (2/5).

Avaliação do Equilíbrio e Predição Risco de Queda: segundo a Escala de Berg (Apêndice 5).

(28/10) Pontuação Total: 24 pontos, que corresponde a equilíbrio aceitável e a uma predição de alto risco para quedas.

Avaliação da Marcha: segundo as Categorias Funcionais de Marcha (Apêndice 6).

(24/10) Marcha 2/5 com canadianas. Marcha 3/5 com andarilho.

Avaliação do Grau de Dependência segundo a Escala de Barthel (Apêndice 7).

(28/10) Score 80, equivalência a Dependência Leve

Avaliação da Tolerância à atividade: Segundo Escala Subjetiva ao Esforço de Borg

(Apêndice 8).

(28/Set): Nível 9 Esforço Máximo ao treino muscular

(10/Out): Nível 6 Mais difícil ao treino muscular

Avaliação do Impacto Autocuidado (Requisitos segundo Teoria de Orem) (28/Set):

Universais	Padrão Autocuidado	Défice Autocuidado (AC)/Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<u>Componente cardíaca:</u> - Perfil hipertenso (TA 167/88) - Bradicárdico (FC 58bpm), pulso irregular, forte e cheio <u>Componente respiratória:</u> - Padrão respiratório abdominal, simétrico, regular, profundo. Eupneico. - Fase inspiratória maior que expiratória. - Intolerância ao esforço perante exercícios treino muscular (score 8/9 Escala Subjetiva ao Esforço de <i>Borg</i>)	Défice AC Parcialmente compensatório
Manutenção de quantidade suficiente de água	- Ingestão hídrica de acordo com dieta prescrita (máximo de 1L/d). - Sem alterações.	Sem défices no AC
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	- Ingere cerca de 6 refeições por dia (7h30 pequeno-almoço, 10h30 lanche da manhã, 12h30 almoço, 16h30 lanche da tarde, 19h30 jantar, 23h ceia).	Sem défices AC
Provisão de Cuidados associados com processos de eliminação	- Controlo de esfíncteres vesical e intestinal. - Sem alterações.	-----
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	- Dorme cerca de 6/8h por noite, sem alterações. - Alterações da força muscular - Marcha débil com canadiana/Circula com CR	Défice AC Parcialmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social	- Recebe apoio da animadora sociocultural. - Aproveita os tempos livres para desenhar e pintar. - Não sai de casa sozinho, devido a existência de escadas - Recusa ir á IPSS participar em atividades lúdicas, mesmo com apoio no transporte – Défice AC	Défice AC Parcialmente compensatório Apoio-educação
Prevenção de perigos à vida	- Alterações do equilíbrio estático (ortostático) e dinâmico (ortostático)	Défice AC

humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	<ul style="list-style-type: none"> - Alto do Risco de Queda (score 24 Escala de Berg) - Existência de fatores extrínsecos potenciadores de queda - Existência de cerca de solução continuidade na parte distal da cicatriz (coto membro inferior direito) 	Parcialmente compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Sr. J. tem dificuldade em assumir as suas limitações e trabalhar para ultrapassá-las, durante a sessão de reabilitação (recorre ao humor) - Apresenta necessidade de demonstrar que consegue realizar os exercícios 	Défi ce AC Apoio-educação
Desvios saúde	Padrão Autocuidado/Défi ce Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Procurar garantir assistência médica adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Recorre ao Enfermeiro de Reabilitação para questões relacionadas com estado do coto e bem-estar geral. - Recorre ao Departamento Medicina Física e Reabilitação do Hospital Santa Maria para realizar fisioterapia à mão esquerda, que foi comprometida pela FAV - Recorre ao Departamento Cirurgia Vascular para estudo de construção nova FAV 	Défi ce no AC Apoio-educação
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	- Associa situação de saúde (amputação) a cuidados não efetivos por parte de Associação Protetora dos Diabéticos (que realizava penso á ulcera diabética do pé)	Défi ce no AC Apoio-educação
Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza sessão de reabilitação, mas sem concentração. - Realiza exercícios sem condições de segurança, tentando demonstrar que consegue fazer tudo. 	Parcialmente compensatório e Apoio-educação
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	- Questiona sobre presença ou ausência de dor, após determinados exercícios realizados com enfermeiro de reabilitação ou sozinho, em casa.	Apoio-educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	- Recorre ao humor, em situações que se refiram ao facto de só ter uma perna, sobre vulnerabilidade acrescida e sobre o, eventual, aproximar da fase final da vida.	Défi ce no AC Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Reaprendeu a realizar as atividades de vida diária. - Apresenta dificuldade em ultrapassar o bordo no poliban, para tomar banho. 	Défi ce AC Parcialmente Compensatório
Desenvolvimento	Padrão Autocuidado/Défi ce Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
	- Devido a amputação e restantes condições de saúde, apresenta atestado de incapacidade de cerca de 90%, o	Défi ce AC

Velhice	que levou o Sr.J. a adquirir a reforma por invalidez. O Sr.J associa este facto à etapa final da vida. Faz comentários sarcásticos sobre a morte.	Apoio-educação
---------	---	-----------------------

2.3. Problemas identificados

Problemas	Diagnóstico (segundo CIPE versão 2)
Alteração no Equilíbrio estático e dinâmico	Equilíbrio Comprometido
Insegurança e desequilíbrio no andar com canadianas	Andar com auxiliar de marcha [canadianas] comprometido
Reduzida Tolerância ao esforço	Capacidade para fazer exercício diminuída
Dor muscular a nível lombar e do membro inferior esquerdo	Processo de Contractura Muscular presente [Músculo Fáscia toraco-lombar, reto femoral Gastrocnémio no Membro inferior esquerdo]
Score 24 na Escala de Berg, valor preditivo de alto risco para quedas	Risco de Queda
Dificuldade na aceitação da condição de saúde e vulnerabilidade	Atitude face ao cuidado [de reabilitação] comprometida

3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1. Apresentação sumária do Programa de Reabilitação

Para o planeamento e implementação de um programa de Reabilitação, procedeu-se a uma avaliação inicial da funcional. Após a implementação do programa de reabilitação (9 semanas), pretende-se proceder a uma avaliação dos resultados (denominada avaliação final).

Para a avaliação inicial e final da capacidade de equilíbrio, recorrer-se-á à Escala de *Berg*. Pretende-se realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico, com realização de exercícios na posição sentado (na cama, na cadeira-de-rodas) e ortostática.

Para a avaliação inicial e final da capacidade de andar com canadiana, recorrer-se-á às Escalas das Categorias Funcionais de Marcha. Pretende-se realizar treino de marcha com canadianas, em superfícies planas, com curvas e com obstáculos (de forma a conseguir entrar no poliban do wc). Pretende-se evoluir para treino de escadas e, se possível, para treino de marcha com prótese.

Para a avaliação inicial e final da capacidade para fazer exercício, recorrer-se-á à Escala Subjetiva ao Esforço de *Borg*. Para avaliar a força muscular, recorrer-se-á à Escala *Medical Research Council*. Pretende-se executar cinesioterapia respiratória, fortalecimento dos músculos respiratórios, treino de exercício articular e exercício muscular.

Relativamente à existência de contracturas musculares, pretende-se ensinar o Sr. J. estratégias de alívio da dor e formas de prevenção das mesmas. Para as existentes, pretende-se realizar massagem.

Para predizer o risco de queda (avaliação inicial e final), recorrer-se-á ao score da Escala de *Berg*. Pretende-se executar um programa de intervenção na comunidade, com enfoque em fatores intrínsecos e extrínsecos.

Relativamente à atitude do Sr. J. face ao cuidado e à condição de saúde, pretende-se trabalhar a capacidade de aceitação, encorajando a expressão de emoções e de afirmações positivas, estabelecendo relação de confiança e providenciando apoio emocional ao Sr. J.

3.2. Plano De Cuidados

Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
24/9 Equilíbrio Comprometido	<p>Objetivo: Que o Sr. J. apresente equilíbrio [estático e dinâmico] melhorado</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Avaliar equilíbrio [estático e dinâmico através da Escala de Berg]</p> <p>2. Executar treino de equilíbrio [estático, procedendo a correção postural] com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Permanecer posição sentado na cama, aumentando tempo] - [Permanecer posição sentado na beira da cama, aumentando tempo] - [Permanecer em posição ortostática, aumentando tempo] <p>3. Executar treino de equilíbrio [dinâmico] com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Sentado na beira da cama, pedir ao Sr.J. para seguir instruções – levantar membro superior para a esquerda/direita, frente/cima] - [Permanecer sentado na beira da cama e balancear o tronco] - Executar [exercícios na cadeira de rodas: afastar região dorso-lombar do encosto, inclinação lateral do tronco, flexão do tronco com os membros superiores em extensão] - Executar [Exercícios com bola – atirar com a bola ao Sr J., apanhar e manter equilíbrio] - [Em posição ortostática, junto do leito executar: flexão/extensão da coxofemoral e do joelho esquerdo] 	<p>24/9 Score 24 na Escala de Berg. O Sr.J. é capaz de permanecer em pé por 30 seg sem apoio. Na posição de sentado sem apoio nas costas, quando aplicada força ligeira, o Sr.J. desequilibra-se.</p> <p>10/10 Sr.J. é capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão. Na posição de sentado sem apoio nas costas, quando aplicada força moderada, o Sr.J. mantém equilíbrio.</p>
24/9 Andar com auxiliar de marcha [canadianas] comprometido	<p>Objetivo: Que o Sr. J. apresente andar com auxiliar de marcha [canadianas] melhorado.</p> <p>Sistema enfermagem:</p>	<p>1. Avaliar marcha com canadiana do Sr. J.</p> <p>2. Executar treino de marcha [com canadianas, a dois pontos] com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Em superfícies planas: a direito, realizando curvas e rotação 360º, com obstáculos à frente] - [Em escadas, no prédio] <p>3. Ensinar sobre a marcha [com prótese]</p>	<p>24/9 Score 2/5 nas Categorias Funcionais de Marcha (com andarilho).</p> <p>15/10 Ainda não foi possível investir muito no treino de marcha com canadiana, devido a dor e</p>

	Parcialmente compensatório	<ul style="list-style-type: none"> - [Sobre cuidados com zonas de pressão na prótese] - [Sobre Utilização da prótese] 	parestesias na mão esquerda.
	Método: Apoiar o outro	4. Executar treino de marcha [com prótese]	
24/9 Capacidade para fazer exercício diminuída	<p>Objetivo: Que o Sr. J. apresenta capacidade aumentada para realizar exercício [score 3 na sessão de reabilitação – Escala Subjetiva ao Esforço/Borg]</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Apoiar o outro</p>	<p>1. Executar [Reeducação Funcional Respiratória] com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Executar Consciencialização da respiração] - [Executar Controlo Tempos Respiratórios] - [Executar Reeducação diafragmática da porção posterior com resistência, reeducação diafragmática da porção anterior reeducação global] - [Executar Fortalecimento dos músculos respiratórios: atitude terapêutica ponte, abdominais com elástico, posicionar em posição “quadricípite”] <p>2. Avaliar força muscular dos [segmentos, através da <i>Escala Medical Research Council</i>]</p> <p>3. Executar Técnicas de Exercício articular com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar movimentos articulares ativos [livres: <u>cabeça e pescoço</u> (flexão/extensão, inclinação, rotação), <u>dedos das mãos</u> (flexão/extensão, abdução/adução, oponência), <u>punhos</u> (flexão/extensão, desvio radial/ cubital, circundução), <u>antebraço</u> (pronação/supinação), <u>cotovelo</u> (flexão/extensão), <u>escapulo-umeral</u> (elevação/depressão, adução/abdução, rotação interna/externa), <u>dedos do pé esquerdo</u> (flexão/extensão, adução/abdução), <u>tibiotársica</u> (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão), <u>joelho esquerdo</u> (flexão/extensão), <u>coxofemoral</u> (flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa)] <p>3. Executar Técnicas de Exercício muscular com o Sr. J.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar Movimentos articular ativos [com resistência: <u>joelho esquerdo</u> (flexão/extensão), <u>coxofemoral</u> (flexão/extensão, adução/abdução)] - [Executar exercício na cadeira de rodas: push-up] <p>4. Incentivar Sr. J. a executar técnicas de exercício muscular [2 a 3 vezes/dia]</p>	<p>24/9 Score 8 a 9 na Escala Subjetiva ao Esforço de <i>Borg</i> (extremamente difícil e esforço máximo)</p> <p>10/10 Score 6 – Moderada sudorese (mais difícil). Sr. J. já realiza exercício de forma controlada, executando dissociação dos tempos respiratórios com apoio verbal.</p> <p>12/10 Utente refere que tem realizado exercícios musculares, 2 a 3x/d, demonstrando-os como os realiza.</p> <p>15/10 Sr.J. apresenta diminuição da força muscular ao nível da mão esquerda (movimentos articulares dos dedos da mão esquerda 2/5 segundo Escala <i>Medical Council Research</i> da Força Muscular), associando a parestesias.</p>
26/9 Processo	Objetivo: Que o Sr. J.	1. Avaliar presença de contracturas musculares no Sr. J.	26/9 Sr. J. refere dor moderada

de Contractura Muscular presente [Músculo Fáscia toraco-lombar, reto femoral e Gastrocnémio no Membro inferior esquerdo]	<p>apresente Contractura Muscular ausente [Fáscia toraco-lombar, reto femoral, Gastrocnémio]</p> <p>Sistema enfermagem: Totalmente compensatório</p> <p>Método: Agir pelo outro</p>	<p>2. Ensinar Sr.J. [a aplicar calor nos locais de formação de contracturas, 2-3/d e antes da sessão]</p> <p>3. Executar [massagem terapêutica, nos músculos da Fáscia toraco-lombar, reto femoral Gastrocnémio no Membro inferior esquerdo].</p> <p>4. Ensinar o Sr J. a executar [alongamentos dos músculos, antes e após exercício, ou 2-3/d]</p>	<p>segundo Escala Qualitativa da Dor.</p> <p>10/10 Sem presença de contracturas no Músculo Fáscia toraco-lombar, reto femoral e Gastrocnémio no Membro inferior esquerdo</p> <p>16/10 Sr J. refere que as lombalgias têm diminuído de intensidade, dor ligeira, segundo Escala Qualitativa da Dor.</p>
26/9 Risco de Queda	<p>Objetivo: Que o Sr. J. tenha potencial para risco de queda diminuído [score 41-56 da Escala de Berg]</p> <p>Sistema de enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<p>1. Avaliar risco de queda [através da Escala de Berg] do Sr. J.</p> <p>2. Executar [Programa de intervenção na comunidade] com o Sr. J:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar [sobre fatores intrínsecos]: treino de equilíbrio, treino de marcha [com canadiana], técnicas de exercício muscular - Ensinar [sobre fatores extrínsecos: <u>ambientais</u> (modificação da habitação/obstáculos, tapetes), <u>calçado</u> (fechado, antiderrapante, velcro) - Ensinar [sobre como agir perante uma queda] 	<p>26/9 Valor preditivo de alto risco de queda. Elaborado programa de intervenção na comunidade.</p> <p>28/9 Alertado Sr.J. para risco de queda associado ao tapete da entrada (deslizante) e sobre o calçado não ser o adequado.</p> <p>8/10 Sr.J. retirou tapete da entrada.</p>
26/9 Atitude face ao cuidado [de reabilitação] comprometida	<p>Objetivo: Que o Sr. J. tenha atitude face ao cuidado [de reabilitação] efetiva.</p> <p>Sistema enfermagem: Apoio-educação</p>	<p>1. Estabelecer confiança com o Sr. J.</p> <p>2. Avaliar aceitação do estado de saúde do Sr. J. [através da escuta ativa e observação]</p> <p>3. Avaliar resposta psicossocial ao planeamento de cuidados [de reabilitação, questionando Sr J.]</p> <p>4. Encorajar as afirmações positivas ao Sr.J. [centrando-se no que já conseguiu, e não nas limitações]</p>	<p>3/10 Sr.J. assumiu incapacidade para realizar exercício de equilíbrio (rotação de 360°),</p> <p>12/10 Sr. J. abordou amputação e surgimento da úlcera diabética.</p>

	<u>Método:</u> Ensinar o outro	5. Providenciar apoio emocional	
		6. Colaborar com [psicóloga, se necessário, para apoio psicológico]	

4. PLANO DE ALTA

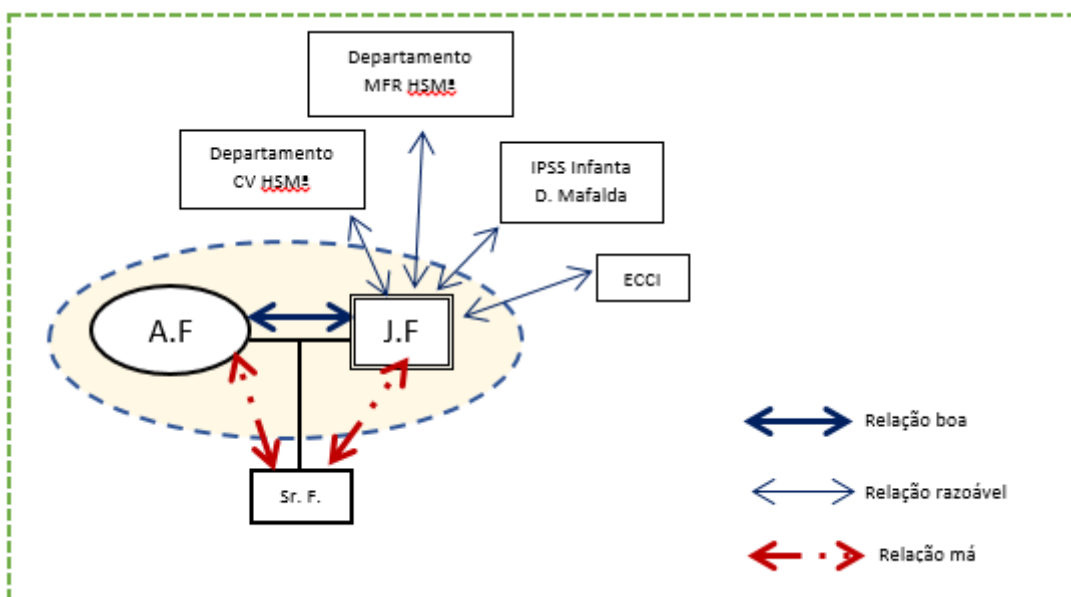
Pretende-se que no momento da alta, o Sr.J.:

5. Apresente equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé.
6. Apresente marcha com canadiana, segura e autónoma.
7. Apresente marcha com prótese segura e autónoma.
8. Consiga transferir-se para o poliban de forma autónoma e segura (possibilitando autonomia nos cuidados de higiene).
9. Tenha capacidade para prever fatores potenciadores de queda (no domicílio e exterior)
10. Possua conhecimento e capacidade para agir face a uma queda
11. Possua conhecimento e capacidade para prevenir contracturas e atuar quando existente.
12. Aceite as suas vulnerabilidades e condição de saúde, minimizando isolamento social.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação da Condição Sociofamiliar e económica

Avaliação da interação da família com o meio envolvente (Ecomapa).



Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural (Índice de Graffar)

Critério 1 – Profissão		
1º grau = 1 pto		Directores de bancos, directores de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários ou de escolas especializadas e militares de altas patentes;
2º grau = 2 ptos		Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes;
3º grau = 3 ptos	X	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
4º grau = 4 ptos		Ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados).
5º grau = 5 ptos		Jornaleiros, mandantes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

Critério 2 – Nível de Instrução		
1º grau = 1 pto		Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de escolaridade).
2º grau = 2 pts		Ensino médio ou técnico superior (de 10 a 11 anos de escolaridade);
3º grau = 3 pts		Ensino médio ou técnico inferior (de 8 a 9 anos de escolaridade);
4º grau = 4 pts	X	Ensino primário completo (6 anos de escolaridade);
5º grau = 5 pts		Ensino primário incompleto ou nulo.

Critério 3 – Fontes de rendimento familiar		
1º grau = 1 pto		A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida;
2º grau = 2 pto		Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.
3º grau = 3 pto	X	Os rendimentos correspondem a um rendimento mensal fixo, tipo funcionário;
4º grau = 4 pto		Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas, ou à tarefa;
5º grau = 5 pto		O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade.

Critério 4 – Conforto do alojamento		
1º grau = 1 pto		Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.
2º grau = 2 pto		Casas ou andares que, sem serem luxuosos, são espaços confortáveis;
3º grau = 3 pto	X	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho;
4º grau = 4 pto		Categoria intermédia entre 3 e 5;
5º grau = 5 pto		Alojamentos impróprios, choças, barracas ou andares, ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade;

Critério 5 – Aspeto do bairro onde habita		
1º grau = 1 pto		Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados;
2º grau = 2 pto	X	Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas;
3º grau = 3 pto		Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável;
4º grau = 4 pto		Bairro operário, populoso, mal arejado ou com valor de terreno diminuído por proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc..
5º grau = 5 pto		“Bairro de lata”.

Apêndice 2 – Avaliação Qualitativa da Dor

Localização	Avaliação Dor	Fatores de Agravamento	Fatores de Alívio
Escapulo-umeral (direita)	28/09 Moderada	Elevação, depressão, adução, abdução, Rotação interna/externa	Repouso e analgesia
Escapulo-umeral (esquerda)	28/09 Intensa	Elevação, depressão, Adução, abdução, Rotação interna/externa	Repouso e analgesia
Mão esquerda	15/10 Intensa	Dedos da mão: Flexão, extensão, abdução, adução, Circundação, Oponência polegar. Punho: Flexão, extensão, desvio radial/cubital, Circundação	Repouso e analgesia
Região lombar	28/09 Moderada	Má postura corporal, Contração muscular	Repouso, calor e massagem
	16/10 Ligeira	Má postura corporal, Contração muscular	Repouso e exercícios de alongamento muscular
Reto femoral	28/09 Moderada	Flexão do joelho	Exercícios de alongamento muscular, calor, massagem
	10/10 Sem dor	-----	
Gastrocnêmio	28/09 Moderada	Dorsiflexão plantar	Exercícios de alongamento muscular, calor, massagem
	10/10 Sem dor	-----	

Apêndice 3 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Tônus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	0	
	Rotação	0	
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos da mão	Flexão/extensão,	0	0
	Abdução/adução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência polegar	0	0
Punho	Flexão/extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundação	0	0
Antebraço	Pronação/supinação	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos do pé (esquerdo)	Flexão/extensão,	-----	0
	Adução/abdução	-----	0
Tibiotársica (esquerdo)	Dorsiflexão/flexão plantar	-----	0
	Inversão/eversão	-----	0
Joelho (esquerdo)	Flexão/extensão	-----	0
Coxofemoral	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0

Apêndice 4 – Avaliação da Força Muscular (Escala *Medical Research Council*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular		
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5		
	Inclinação lateral	5/5		
	Rotação	5/5		
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo	
			28/09	15/10
Dedos da mão	Flexão/extensão,	5/5	3/5	2/5
	Abdução/adução	5/5	3/5	2/5
	Circundação	5/5	4/5	2/5
	Oponência polegar	5/5	4/5	2/5
Punho	Flexão/extensão	5/5	4/5	2/5
	Desvio radial/cubital	5/5	4/5	2/5
	Circundução	5/5	4/5	2/5
Antebraço	Pronação/supinação	5/5	5/5	
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5	5/5	
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	5/5	5/5	
	Adução/abdução	5/5	5/5	
	Rotação interna/externa	5/5	5/5	
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo	
Dedos do pé (esquerdo)	Flexão/extensão,	-----	5/5	
	Adução/abdução	-----	5/5	
Tibiotársica (esquerdo)	Dorsiflexão/flexão plantar	-----	5/5	
	Inversão/eversão	-----	5/5	
Joelho (esquerdo)	Flexão/extensão	-----	4/5	
Coxofemoral	Flexão/extensão,	4/5	4/5	
	Adução/abdução	4/5	4/5	
	Rotação interna/externa	4/5	4/5	

Apêndice 5 – Avaliação do Equilíbrio (segundo Escala de Berg)

1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)	
4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	
3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos	
2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas	
1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se	X
0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)	
4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	
3) Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão	
2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	X
1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	
0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)	
4) Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto	X
3) Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão	
2) Capaz de permanecer sentado por 30 segundos	
1) Capaz de permanecer sentado por 10 segundos	
0) Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos	
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)	
4) Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos	
3) Controla a descida utilizando as mãos	
2) Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida	X
1) Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle	
0) Necessita de ajuda para sentar-se	
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira).	
4) Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos	
3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos	X
2) Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão	
1) Necessita de uma pessoa para ajudar	
0) Necessita de 2 pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança	
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)	
4) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança	
3) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão	
2) Capaz de permanecer em pé por 3 segundos	X

1) Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé	
0) Necessita de ajuda para não cair	
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)	
4) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança	
3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão	
2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos	
1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos	
0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos	X
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).	
4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)	
3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)	
2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)	X
1) Capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão	
0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo	
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)	
4) Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança	
3) Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão	
2) Incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente	
1) Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando	
0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	X
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)	
4) Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso	X
3) Olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso	
2) Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio	
1) Necessita de supervisão para virar	
0) Necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	

11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)		
4) Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mãos		
3) Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos		
2) Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente		
1) Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		
0) Necessita de ajuda enquanto gira		X
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
4) Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.		
3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		
2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		
1) Capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda		
0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		X
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)		
4) Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos		
3) Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos		
2) Capaz de dar um pequeno passo, independentemente e permanecer por 30 segundos		
1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos		
0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé		X
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)		
4) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos		X
3) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		
2) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos		
1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		
0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
Pontuação Total: <u>24 pontos</u>	21 a 40 - equilíbrio aceitável	< 46 pontos - alto risco para quedas

Apêndice 6 – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Avaliado em contexto comunitário (casa do Sr J.)	
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	X (canadianas)
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita	X (andarilho)
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência	

Apêndice 7 – Avaliação da Dependência (Escala de *Barthel*)

1. Alimentação	
10) Independente	X
5) Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	
0) Dependente	
2. Transferências	
15) Independente	X
10) Precisa de alguma ajuda	
5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	
3. Toalete	
5) Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	X
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	
4. Utilização do WC	
10) Independente	X
5) Precisa de alguma ajuda	
0) Dependente	
5. Banho	
5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
6. Mobilidade	
15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	
10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	X (andarrilho)
5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
0) Imóvel	
7. Subir e descer escadas	
10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	
5) Precisa de ajuda	
0) Dependente	X
8. Vestir	
10) Independente	X
5) Com ajuda	
0) Impossível	
9. Controlo Intestinal	
10) Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X
5) Acidente ocasional	
0) Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
10. Controlo urinário	
10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália	X

sozinho	
5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
TOTAL	80

Apêndice 8 – Avaliação da Tolerância à atividade (Escala Subjetiva ao Esforço de Borg)

Nível	Esforço	Sinais Físicos	Avaliação da Sessão	
			28/09	10/10
0	Nenhum	Nenhum		
1	Mínimo	Nenhum		
2	Pouco	Sensação de movimento		
3	Moderado	Forte sensação de movimento		
4	Um pouco difícil	Calor		
5	Difícil	Começa a suar		
6	Mais difícil	Moderada sudorese		X (no treino muscular)
7	Muito difícil	Moderada sudorese e respiração normal		
8	Extremamente difícil	Transpiração intensa e dificuldade na respiração		
9	Esforço Máximo	Sudorese máxima e exercício sem respiração	X (no treino muscular)	
10	Fadiga	Exaustão		

Apêndice 20 – Plano de Cuidados 4

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: Sr ^a . E.	Estado Civil: Casada
Género: Feminino	Situação Profissional: Reformada
Data-de-nascimento: 1941/07/05	Agregado familiar: Sr ^a . E. e cônjuge
Nacional: Portuguesa	Cuidador: Cônjuge – Sr R.O.
Residente: Campolide	

1.2. Motivo de referenciação

A Sr^a. E. foi referenciada pela Unidade de Média Duração e Reabilitação por necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, para adaptação ao domicílio e continuação do plano de reabilitação instituído na UMDR. Foi admitida na ECCI a 7 de junho de 2018, com as seguintes necessidades: supervisão na gestão terapêutica, alterações no equilíbrio dinâmico (estático mantido), ajuda parcial para adoção de posição ortostática, supervisão na marcha com canadianas, supervisão nas atividades básicas de vida diária (ABVD), alto risco de queda. [Retirado do Processo Clínico]

1.3. História Saúde Atual

A 25 de dezembro de 2017, a Sr^a. E. sofreu queda da própria altura, resultando em fratura pertrocantérica do fémur à esquerda. Foi submetida a cirurgia de redução incruenta e encavilhamento com Gamma 3 longa, 125º, procedimento que decorreu com anestesia loco-regional. Durante o internamento, desenvolveu infeção do trato urinário positiva para *pseudomonas aureginosa*, tendo cumprido antibioterapia. Teve alta a 2 de janeiro de 2018. A 22 de fevereiro recorreu ao Serviço Urgência por prostração, discurso incoerente, lentificação e palidez. Realizou TAC CE, que não revelou acidente isquémico transitório. A 14 de março, ingressou numa Unidade de Média Duração e Reabilitação cujo plano de reabilitação consistiu em: treino de gestão de terapêutica, atividades básicas de vida diária (ABVD), treino de equilíbrio e adoção ortostatismo, treino de transferências, treino de marcha com andarilho e com canadianas e treino de escadas. Teve alta a 7/6, momento em que ingressou na ECCI [Retirado do Processo Clínico].

1.4. História pregressa [Retirado do Processo Clínico]

Antecedentes pessoais: Epilepsia, incontinência urinária, patologia cardíaca não especificada, Hipertensão arterial, depressão

Cirurgias: tireoidectomia radical

1.5. Regime terapêutico habitual

<u>Medicação</u>	Omeprazol 20 mg – 1 cápsula Jejum (JJ) Ácido Valpróico – 750mg Pequeno-almoço (PA), 500mg Almoço (ALM), 500 Jantar (JT) Ácido Acetilsalicílico 150 mg – 1cp ALM Levotirox 0,125 – 1cp JJ Escitolapram 10 mg – 1cp PA Sem alergias medicamentosas.
------------------	---

<u>Dieta</u>	Hipossalina
<u>Outras recursos comunitários</u>	- 1 Funcionária do Serviço Apoio Domiciliário (SAD) das Avenidas/SCML: prestação de cuidados de higiene (diário) - 2 cuidadoras a título particular.

1.6. Condição Sociofamiliar e económica

Avaliação da interação da família com o meio envolvente:

Oficialmente, a Sr^a. E. mora com o esposo (Sr. R.), que é o cuidador informal/tutor. Durante parte do dia, o esposo não está em casa, bem como em algumas noites. A Sr^a. E. e o Sr. R. viviam vidas separadas (o Sr. R. já teria outra relação conjugal), quando foi “chamado” a cuidar da esposa. A Sr^a E. e o esposo apresentam uma relação desarmónica, e o Sr. R. apresenta uma atitude desfavorável face ao assumir-se como cuidador informal. Não têm filhos. A Sr^a.E. mantém uma relação favorável com os recursos de saúde, mediante as suas limitações (com a funcionária do SAD Avenidas e com as cuidadoras contratadas).

Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural:

A Sr^a. E. e esposo residem numa casa própria, em Campolide, com algumas barreiras arquitetónicas. O prédio não tem elevador, pelo que apresenta 5 lances de escadas até ao 2º andar (onde reside). A casa não tem espaço para uma cadeira de rodas circular, pois evidencia-se a existência de muitos móveis. A casa de banho permite a prestação de cuidados de higiene, com a Sr^aE. sentada. No entanto, não é possível chegar à casa de banho de cadeira de rodas, uma vez que esta não passa na cozinha (existência de máquina de lavar a roupa no percurso) ou na marquise (existência de arca congeladora no percurso). A casa apresenta condições de higiene deficitárias, tendo-se verificado a existência de pulgas na cama da Sr^a. E. (o Sr. R. dorme numa cama colocada à entrada da habitação).

Do ponto de vista económico, o agregado familiar apresenta as reformas da Sr^a. E. e o Sr. R, contudo o Sr. R. recusa-se a utilizar o seu rendimento para as despesas relacionadas com a saúde e situação da Sr^a. E., bem como para a manutenção da habitação.

2. APRECIACÃO

Observação Física

(25/Set) A Sr^a E. apresenta pele íntegra na face. Usa prótese ocular, por diminuição da acuidade visual (desconhecendo-se qual o diagnóstico médico). Apresenta hipoacusia bilateral acentuada. Tem prótese dentária superior e inferior. Sem alterações ao nível da deglutição.

Apresenta pele íntegra ao nível dos membros superiores.

Ao nível da região trocantérica à esquerda, apresenta cicatriz de anterior intervenção cirúrgica, sem alterações.

Apresenta incontinência urinária de urgência. Mantém controlo intestinal.

Apresenta membro inferior direito sem alterações. No membro inferior esquerdo, apresenta contractura muscular ao nível do reto femoral, avaliada através de palpação. Mantém pele íntegra.

Avaliação do estado cognitivo (2/10)

A Sr^a. E. encontra-se vígil e desperta. Foi aplicado o *MiniMental State*, com score 16 (Apêndice 1). Apresentou considerável manutenção das capacidades de: orientação no espaço (somente não identificou o país), retenção e cálculo. Apresentou as seguintes perdas cognitivas: orientação temporal (só identificou ano civil), evocação, linguagem (identificou objetos e foi capaz de repetir frases, mas não de ler e executar uma ordem escrita num papel ou de escrever uma frase completa). Apresentou perda na habilidade construtiva.

Avaliação da Dor: Segundo Escala Qualitativa da Dor (Avaliação no Apêndice 2)

(25/Set) A Sr^a. E. apresenta dor moderada a nível do membro inferior esquerdo (reto femoral e gastrocnémio).

(2/Out) Sem dor no membro inferior, ao nível reto femoral à esquerda. Gastrocnémio à esquerda com dor ligeira

(12/Out) A Sr^a. E. refere dor ligeira no membro inferior esquerdo (reto femoral e gastrocnémio).

Avaliação do Tônus Muscular dos Segmentos Corporais (25/Set): não se verificaram sinais de hipertonia ou hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de *Ashworth* (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 3).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: segundo a *Escala Medical Research Council* (Apêndice 4)

(25/Set): Verificou-se alteração da força muscular ao nível dos membros inferiores, particularmente ao nível da tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar 4/5 bilateralmente, inversão/eversão 4/5 bilateral) e ao nível do joelho (flexão/extensão 4/5 à direita e 1/5 à esquerda). Verificação diminuição da força ao nível da coxofemoral à direita (flexão/extensão 4/5, abdução/adução 4/5, rotação externa/interna 4/5) e à esquerda (flexão/extensão 1/5, abdução/adução 1/5, rotação externa/interna 1/5). Restantes segmentos corporais sem alterações da força muscular.

Avaliação do Equilíbrio (25/10): A Sr^a E. não apresentam equilíbrio estático nem dinâmico, sentado ou na posição ortostática.

Avaliação da Marcha: segundo as Categorias Funcionais de Marcha (Ver Apêndice 5). (25/10) Marcha 0/5, não realiza marcha, incapacidade absoluta para o andar, mesmo com auxílio externo.

Avaliação do Risco de Queda (27/09): Alto risco de queda (score 55), segundo a Escala de Morse (Apêndice 6).

Avaliação do Grau de Dependência (27/09): Score 10, equivalência a Dependência Total segundo a Escala de *Barthel* (Apêndice 6).

Avaliação do Impacto Autocuidado (Requisitos segundo Teoria de Orem) (25/Set):

Universais	Padrão Autocuidado	Défice Autocuidado (AC)/Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<u>Componente cardíaca:</u> - Perfil normotenso (TA 130/70) - Normocárdica (FC 70bpm), pulso rítmico, forte e cheio <u>Componente respiratória:</u> - Padrão respiratório toraco abdominal, simétrico, regular,	Sem défices AC

	profundo. Eupneica. SpO2 95%	
Manutenção de quantidade suficiente de água	<ul style="list-style-type: none"> - Ingere líquidos sem dificuldade - Cuidadoras contratadas é que disponibilizam água (no leito) 	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - SCML/SAD providencia as refeições. - 2 Cuidadoras contratadas alimentam a Srª E. (no leito) - Auxiliar SCML alimenta a Srª E. ao pequeno-almoço (leito) - Ingere cerca de 3 refeições por dia 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Provisão de Cuidados associados com processos de eliminação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta incontinência urinária de urgência. - Mantém continência intestinal. - Usa fralda, que é trocada pelas 2 cuidadoras contratadas (trocam so 3/dia - 10h, 12h, 19h) 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	<ul style="list-style-type: none"> - Dorme cerca de 8h por noite, com interrupções - Alterações da força muscular - Dependência Total transferências, levante e atividades básicas de Vida diária (ABVD): permanece no leito 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Srª. E. não sai de casa - Tem uma relação desarmónica com Sr. R. - Ausência de estímulos e interação de outras pessoas com a Srª. E. 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações do equilíbrio estático e dinâmico, sem controlo postural - Alteração orientação, retenção curto prazo: MiniMental State score 16 - Alto do Risco de Queda (score 55 Escala de Morse) - Queda: presença fatores extrínsecos (casa) e intrínsecos (epilepsia) 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Srª. E. não tem consciência das suas limitações/potencialidades 	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Desvios saúde	Padrão Autocuidado/Défi ce Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Procurar garantir assistência médica adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Srª E. não tem pensamento estruturado, que a faça procurar por assistência médica. Fica ao encargo do esposo. 	Défi ce no AC Totalmente compensatório
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Não associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico. 	Défi ce AC Apoio-educação
Realizar as	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza sessão de reabilitação, quando lhe é solicitado, 	Défi ce AC

prescrições terapêuticas e reabilitação	com ajuda.	Parcialmente compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	- Não associa os efeitos/resultados às intervenções realizadas.	Défice AC Apoio-educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	- Srª E. reconhece necessidade de troca da fralda e dos cuidados de higiene, mas não reconhece outras necessidades de cuidados (reabilitação por exemplo)	Défice AC Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições patológicas	- Desde que regressou ao domicílio, Srª. E. aumentou o estado de dependência. Não é estimulada de forma a adaptar as suas limitações à realização de ABVD.	Défice AC Apoio-educação (aos cuidadores)
Desenvolvimento	Padrão Autocuidado/Défice Autocuidado (AC)	Sistema Enfermagem
Velhice	- Srª. E. encontra-se reformada, mas não se manifesta sobre aquisição de incapacidade. O esposo tem dificuldade em aceitar incapacidade da Srª. E.	Défice AC Apoio-educação

2.1. Problemas identificados

Problemas	Diagnóstico (segundo CIPE versão 2)
Alteração na retenção da informação, memória a curto prazo, desorientação temporal	Cognição diminuída
Alteração no Equilíbrio estático e dinâmico	Equilíbrio Comprometido
Potencial para cair	Risco de Queda
Alteração Força Muscular, levante e transferência	Padrão de Mobilidade diminuído
Dependência total a alimentar-se (no leito)	Capacidade para alimentar-se comprometido
Dependência total a vestir-se (no leito)	Capacidade para vestir-se comprometido
Dependência total para tomar banho (no leito)	Capacidade para tomar banho comprometido
Dor muscular no membro inferior esquerdo	Processo de Contractura Muscular presente [reto femoral e gastrocnémio no Membro inferior esquerdo]
Negligência do Sr. R.	Atitude do Prestador de Cuidados comprometida

Na situação da Srª. E., existiriam mais problemas/diagnósticos de enfermagem a serem identificados, mas interessa elencar os principais problemas, passíveis de ser trabalhados.

3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1. Apresentação sumária do Programa de Reabilitação

Para o planeamento e implementação de um programa de Reabilitação, procedeu-se a uma avaliação inicial do Estado Funcional. Após a implementação do programa de reabilitação (9 semanas), pretende-se proceder a uma avaliação dos resultados (denominada avaliação final).

Para avaliação das perdas cognitivas, pretende aplicar o *Mini Mental State*, e pretende-se executar um programa de terapia orientada para a realidade, que possibilite a melhoria da capacidade de retenção e evocação na Sr^a. E..

Após avaliação do equilíbrio (Estático e dinâmico), pretende-se proceder ao seu treino, investindo na adoção de controlo postural, no equilíbrio estático (sentado e ortostático) e dinâmico (sentado).

Para predizer o risco de queda (avaliação inicial e final), recorrer-se-á ao *score* da Escala de Morse. Pretende-se executar um programa de intervenção na comunidade, com enfoque em fatores intrínsecos e extrínsecos, mas direcionado às cuidadoras contratadas e ao Sr.J., pois estes é que são os elementos passíveis de executar mudanças em casa da Sr^a. E..

Para avaliar a força muscular, recorrer-se-á à Escala *Medical Research Council*. Pretende-se realizar fortalecimento da musculatura abdominal (facilita aquisição de equilíbrio estático), treino de exercício articular e exercício muscular (principalmente dos membros inferiores). Pretende-se, ainda, adaptar os princípios da Terapia Assistida por animais, envolvendo o cão da Sr^a. E. nos exercícios de movimentos ativos com resistência (dos membros superiores). Para além disto, pretende-se capacitar as cuidadoras contratadas para a importância de realizar levantar e transferências cama-cadeira (por exemplo).

Para avaliar o desempenho na realização de ABVD, pretende-se recorrer à Escala de Dependência de *Barthel*. Pretende-se trabalhar as atividades de alimentar-se, vestir-se e tomar banho, através de um trabalho de capacitação das cuidadoras contratadas (uma vez que a dependência total da Sr^a. E. para alimentar-se, vestir-se e tomar banho, deve-se ao facto das cuidadoras contratadas e da auxiliar da SCML não estimularem a Sr^a. E., substituindo-a, em vez de complementarem o que este não consegue fazer).

Relativamente à existência de contracturas musculares, pretende-se ensinar as cuidadoras contratadas, sobre estratégias de alívio da dor e formas de prevenção das mesmas. Para as contraturas, pretende-se realizar massagem.

Relativamente à atitude do Sr. R., face aos cuidados e à dependência da Sr^a. E., pretende-se trabalhar a capacidade de aceitação e de responsabilização pelo processo de reabilitação, procurando envolvê-lo no processo e procurando que este garanta a procura por cuidados que a Sr^a. E. necessite.

3.2. Plano De Cuidados

Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.

Diagnóstico	Plano	Ações	Avaliação
25/9 Cognição diminuída	<p>Objetivo: Que a Srª. E. apresente cognição melhorada [aumento no score do <i>MiniMental State</i>]</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<p>1. Avaliar cognição [através da aplicação do <i>MiniMental State</i>]</p> <p>2. Providenciar Terapia de Orientação para Realidade (TOR):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a Srª. E. [para a repetição contínua de dados reais – quem é a equipa de reabilitação, quem são as cuidadoras, qual o nome do cão da Srª. E.] - Incentivar [repetição do seu nome, da sua idade ou morada] - Incentivar a Srª. E. [a localizar lugares/objetos: cama, cadeira, TV] - Orientar a Srª. E. [para a identificação de divisões do ambiente onde a Srª E. se encontra, onde é a marquise, cozinha, ...] - Incentivar [retenção de palavras e evocação] - Orientar a Srª. E. [para situações e circunstâncias atuais – qual o dia/mês/...] <p>3. Incentivar as cuidadoras contratadas [a questionarem a Srª. E. sobre a localização dos objetos e sobre o dia/mês, a dialogarem com a Srª. E. sobre factos atuais]</p> <p>4. Avaliar [resultado da terapia]</p>	<p>27/9 Realizada TOR: pedido para evocar nome e morada, pedido para localizar lugares comuns no quarto (cama, armário, televisão). Pedido para decorar 2 palavras, só reteve 1.</p> <p>28/9 Pedido para decorar 2 palavras, não repetiu nenhum (Srª. E. sonolenta)</p> <p>2/10 Aplicado <i>Minimal State</i> à Srª. E., totalizando um score de 16 pontos, apresentando perda cognitiva na orientação temporal, evocação, linguagem e na habilidade construtiva. Realizada TOR: pedido para dobrar pano (executando ordens) e pedido para localizar lugares comuns (cozinha, pássaros na marquise, ...)</p> <p>3/10 Realizada TOR: executa ordens, não reteve as 3 palavras</p>

			pedidas.
25/9 Equilíbrio Comprometido	<p>Objetivo: Que a Srª. E. apresente equilíbrio [estático e dinâmico] melhorado</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar equilíbrio [estático e dinâmico] 2. Executar treino de equilíbrio [estático] com a Srª. E.: <ul style="list-style-type: none"> - [Permanecer posição sentada na beira da cama, sentando-me em frente da Srª. E., procedendo a correção postural] - [Permanecer posição sentado na cadeira, em frente ao espelho do armário] - [Permanecer em posição ortostática, junto da cama] 3. Ensinar as cuidadoras contratadas sobre treino de equilíbrio [estático sentada na beira da cama]. 4. Incentivar cuidadoras contratadas a executar treino de equilíbrio [estático, 2 a 3/dia]. 5. Executar treino de equilíbrio [dinâmico] com a Srª. E.; <ul style="list-style-type: none"> - [Com a Srª. E. sentada na beira da cama, balancear o tronco] - Executar [exercícios na cadeira: pedir à Srª. E. para pegar no cão de estimação, pedir para afastar região dorso-lombar do encosto] 6. Avaliar treino de equilíbrio. 	<p>25/9 Avaliado equilíbrio estático e dinâmico, sentada na beira da cama, sem apoio nas região dorso-lombar: sem equilíbrio na posição de sentado, sem controlo postural (sem equilíbrio ortostático)</p> <p>27/9 Realizado treino de equilíbrio estático sentada na cama, procedendo a correção postural da Srª. E. (Srª E. tenta assumir postura correta em alguns momentos). Realizado treino de equilíbrio estático, sentada numa cadeira com encosto e apoio de braços, em frente ao espelho do armário: Srª. E. corrige de forma autónoma a postura corporal, ao olhar-se ao espelho. Realizado ensino as cuidadoras sobre treino de equilíbrio.</p> <p>1/10 Colocação Srª. E. na posição</p>

			<p>ortostática: sem equilíbrio.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível validar os ensinamentos realizados às cuidadoras contratadas.</p>
27/9 Risco de Queda [alto]	<p>Objetivo: Que a Srª. E. tenha potencial para risco de queda diminuído [score <26 da Escala de Morse]</p> <p>Sistema de enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<p>1. Avaliar risco de queda [através da Escala de Morse] da Srª. E.</p> <p>2. Executar [Programa de intervenção na comunidade] com as cuidadoras e com a Srª. E.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar [sobre fatores intrínsecos: condição clínica/epilepsia], adesão ao regime medicamentoso [anticonvulsivante (por parte das cuidadoras)], treino de equilíbrio, técnicas de exercício muscular - Ensinar [sobre fatores extrínsecos: <u>ambientais</u> (modificação da habitação – pouco espaço para marcha/circular com cadeira de rodas entre a cama e a cómoda, cama e armário, na marquise devido a arca congeladora -, <u>obstáculos</u> - presença de cão como potenciador de queda), <u>calçado</u> (antiderrapante, velcro) - Ensinar as cuidadoras contratadas e o Sr.R. [sobre o que fazer perante uma queda] 	<p>26/9 Valor de alto risco de queda (score 55 na Escala de Morse).</p> <p>27/9 Realizado ensino às cuidadoras contratadas sobre necessidade de alteração dos móveis/obstáculos. Segundo as cuidadoras, Sr. R. recetivo a mudanças.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinamentos às cuidadoras contratadas.</p> <p>10/10 Realizado contacto telefónico, tendo-se abordado a questão da disposição dos móveis (uma vez que não foram efetuadas mudanças).</p> <p>16/10 Encontrada Srª E. caída no chão (sofreu queda por volta das 3h). Não foi possível perceber se a queda se deveu a crise epilética. Encaminhada para Serviço Urgência Hospitalar, após contacto de INEM.</p>

<p>25/09 Padrão de Mobilidade diminuído</p>	<p>Objetivo: Que a Srª. E. apresenta padrão de mobilidade melhorada.</p> <p>Sistema enfermagem: Totalmente compensatório</p> <p>Método: Agir pelo outro</p>	<p>1. Avaliar força muscular dos [segmentos, através da Escala <i>Medical Research Council</i>]</p> <p>2. Executar Técnicas de Exercício articular com a Srª. E.: - Executar movimentos articulares ativos [livres: flexão/extensão, inclinação, rotação da cabeça e pescoço; flexão/extensão, abdução/adução, oponência dos <u>dedos das mãos</u>; flexão/extensão, desvio radial/ cubital, circundução dos <u>punhos</u>, pronação/supinação dos <u>antebraços</u>; flexão/extensão do <u>cotovelo</u>; elevação/depressão, adução/abdução, rotação interna/externa da <u>escapulo-umeral</u>; flexão/extensão, adução/abdução dos <u>dedos dos pés</u>; dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão das <u>tibiotársicas</u>; flexão/extensão dos <u>joelhos</u>; flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa e da <u>coxofemoral</u> à direita e esquerda].</p> <p>3. Executar Técnicas de Exercício muscular com a Srª. E.: - Executar Movimentos articular ativos [com resistência: dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão da <u>tibiotársica</u>; flexão/extensão dos <u>joelhos</u> (inicialmente com menos força à esquerda); flexão/extensão, abdução/adução, rotação externa/interna das <u>coxofemoral</u> (inicialmente com menos força à esquerda)] - [Orientar Srª. E. na realização de movimentos ativos com resistência dos segmentos dos membros superiores, envolvendo o cão da Srª. E., quando sentada na cadeira] - [Executar Fortalecimento da musculatura abdominal e transversa: atitude terapêutica ponte, rolar na cama]</p> <p>4. Avaliar treino de exercício muscular [através da avaliação força muscular dos segmentos corporais].</p> <p>5. Executar técnica [de levantar] à Srª. E., em todas as visitas domiciliares.</p> <p>6. Ensinar as cuidadoras contratadas sobre técnica [de levantar].</p>	<p>25/09 Avaliada força muscular dos segmentos: verificou-se alteração ao nível da tibiotársica, do joelho, da coxofemoral à direita e à esquerda. Restantes segmentos sem alterações da força muscular. Realizados movimentos ativos sem resistência da cabeça, membros superiores (MS) e inferior (MI) direito. Realizados movimentos passivos do membro inferior esquerdo. Avaliada capacidade para levantar: sem colaboração da Srª. E. Avaliada capacidade para marcha: não realiza carga dos MI.</p> <p>27/09 Executado levantar e transferência cama-cadeira: realizou alguma carga dos MI e deu 2 passos (lateralmente)</p> <p>1/10 Realizado ensino a uma das cuidadoras contratadas sobre transferência cama-cadeira. Sem carga MI na posição ortostática.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinamentos às cuidadoras contratadas.</p>
---	--	---	---

		<p>7. Incentivar cuidadoras contratadas a executar técnica [de levantar], diariamente.</p> <p>8. Avaliar capacidade das cuidadoras contratadas para executar técnica [de levantar].</p> <p>8. Transferir a Srª. E. da cama para a cadeira/cadeira-de-rodas, nas visitas domiciliárias.</p> <p>9. Ensinar as cuidadoras contratadas a transferir a Srª. E.</p> <p>10. Incentivar cuidadoras contratadas a transferir a Srª. E., diariamente.</p> <p>11. Avaliar capacidade das cuidadoras contratadas para executar transferências.</p> <p>12. Executar treino de marcha [com andarilho/apoio lateral].</p> <p>13. Posicionar a Srª E., na cama, após visita domiciliária: [decúbitos dorsal, semidorsal, lateral esquerdo e direito].</p>	<p>10/10 Contacto telefónico, tendo-se abordado necessidade de Sr. R. adquirir uma cadeira de rodas.</p> <p>12/10 Sr. R. adquiriu cadeira-de-rodas. Ensino a uma das cuidadoras contratadas sobre levantar e transferência.</p>
<p>25/09</p> <p>Capacidade para alimentar-se comprometido</p>	<p>Objetivo: Que a Srª. E. alimente-se de forma autónoma.</p> <p>Sistema enfermagem: Totalmente compensatório</p> <p>Método: Agir pelo outro</p>	<p>1. Avaliar capacidade para alimentar-se da Srª. E:</p> <p>- Sentar a Srª. E. na cadeira [na mesa de jantar] e providenciar alimento e líquidos.</p> <p>2. Explicar às cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML [a importância de levantar a Srª E. para a mesa de jantar, oferecendo a refeição, mas deixando-a alimentar-se]</p> <p>3. Incentivar as cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML a permitirem Srª. E. alimentar-se.</p> <p>4. Avaliar capacidade para alimentar-se, após treino.</p>	<p>25/09 As cuidadoras contratadas e a auxiliar da SCML alimentam a Srª. E. (na cama), através de ajuda total.</p> <p>27/09 Srª E. bebe de forma autónoma, se lhe for disponibilizado o equipamento (ex: copo com água) e se estiver sentada. Realizado ensino às cuidadoras contratadas e à auxiliar da SCML.</p>

			<p>2/10 Com Srª. E. sentada na cadeira, à mesa de jantar, foi disponibilizado o pequeno-almoço. Srª E. alimentou-se de forma autónoma.</p> <p>3/10 Nenhum das cuidadoras contratadas, auxiliar da SCML ou Sr. R. administraram o pequeno-almoço, nem a medicação correspondente à Srª. E..</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinios às cuidadoras contratadas.</p>
<p>25/09</p> <p>Capacidade para vestir-se comprometido</p>	<p><u>Objetivo:</u> Que a Srª. E. vista a parte superior do corpo.</p> <p><u>Sistema enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Método:</u> Agir pelo outro</p>	<p>1. Avaliar capacidade para vestir-se da Srª. E: - Sentar a Srª. E. na cadeira e providenciar roupa.</p> <p>2. Explicar às cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML [a importância de transferir a Srª E. para a cadeira, pedir para escolher a sua roupa e deixá-la] vestir a parte superior do corpo.</p> <p>3. Incentivar as cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML a permitirem Srª. E. vestir-se.</p> <p>4. Avaliar capacidade para vestir-se, após treino.</p>	<p>25/09 As cuidadoras contratadas e a auxiliar da SCML vestem a Srª. E. (na cama), através de ajuda total.</p> <p>27/09 Srª E. consegue vestir a parte superior do corpo, se lhe disponibilizada a roupa e se estiver sentada. Não consegue vestir a parte inferior do corpo. Realizado ensino às cuidadoras contratadas e à auxiliar da SCML.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinios às cuidadoras contratadas.</p>

<p>25/09</p> <p>Capacidade para tomar banho comprometido</p>	<p><u>Objetivo:</u> Que a Srª. E. participe no banho (lavando a parte superior do corpo)</p> <p><u>Sistema enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Método:</u> Agir pelo outro</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar capacidade para tomar banho da Srª. E: - Sentar a Srª. E. na cadeira e providenciar equipamento. 2. Explicar às cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML [a importância de transferir a Srª E. para a cadeira/cadeira de rodas, de deslocar até ao wc, e disponibilizar equipamento para lavar a parte superior do corpo]. 3. Incentivar as cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML a permitirem Srª. E. lavar a parte superior do corpo. 4. Avaliar capacidade para tomar banho, após treino. 	<p>25/09 A auxiliar da SCML dá banho à Srª. E. (na cama), através de ajuda total.</p> <p>27/09 Realizada transferência da Srª. E. para cadeira, para realizar treino de higiene: disponibilizado equipamento. Srª E. apresenta potencial para lavar a parte superior do corpo de forma autónoma. Não consegue lavar a parte inferior do corpo. Realizado ensinos às cuidadoras contratadas e auxiliar da SCML.</p> <p>3/10 Realizado treino de higiene: Srª. E. lavou cara e mãos de forma autónoma.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinos às cuidadoras contratadas.</p>
<p>25/09</p> <p>Processo de Contractura Muscular presente [reto femoral e</p>	<p><u>Objetivo:</u> Que a Srª. E. apresente Contractura Muscular ausente [reto femoral]</p> <p><u>Sistema enfermagem:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar presença de contracturas musculares na Srª. E [através de palpação]. 2. Avaliar a dor da Srª. E. [através da Escala Qualitativa da Dor] 3. Ensinar as cuidadoras contratadas [a aplicar calor nos locais de formação de contracturas, na Srª. E.] 4. Executar [massagem terapêutica, no músculo reto femoral e gastrocnémio no 	<p>25/09 Srª. E. refere dor Moderada, segundo Escala Qualitativa da Dor, na coxa do MIE, com agravamento perante flexão do joelho esquerdo e carga do membro. Refere dor moderada na perna esquerda, com agravamento perante extensão do</p>

gastrocnémio no Membro inferior esquerdo]	<p>Totalmente compensatório</p> <p>Método: Agir pelo outro</p>	<p>Membro inferior esquerdo].</p> <p>5. Ensinar cuidadoras contratadas a executar [alongamentos musculares, 2-3/d]</p>	<p>joelho e flexão plantar, revelando presença de contractura muscular ao nível do gastrocnémio do MIE. Realizada massagem e exercícios de alongamento muscular.</p> <p>2/10 Sem dor a nível do reto femoral à esquerda (sem presença de contractura), dor ligeira ao nível do gastrocnémio à esquerda (contractura presente). Realizada massagem e alongamento muscular.</p> <p>3/10 e 9/10 Sem nenhuma cuidadora presente, não foi possível proceder a ensinamentos às cuidadoras contratadas.</p> <p>12/10 A Srª. E. refere dor ligeira no membro inferior esquerdo (reto femoral e gastrocnémio).</p>
2/10 Atitude do Prestador de Cuidados comprometida	<p>Objetivo: Que o Sr. R. tenha atitude efetiva.</p> <p>Sistema enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<p>1. Estabelecer confiança com o Sr.R.</p> <p>2. Envolver o Sr. R. nos cuidados [reabilitação] e na situação da Srª E.</p> <p>- [Falar diretamente com Sr. R. sobre necessidades de cuidados: modificação da mobília para maior mobilidade da Srª. E., aquisição de cadeira-de-rodas, ajuste de expectativas, potencialidade das cuidadoras contratadas].</p> <p>- Avaliar resposta do Sr. R. à implementação de cuidados.</p> <p>- Executar contacto telefónico com Sr. R., se necessário.</p> <p>3. Avaliar [situação] familiar, junto da Srª E. [dentro das suas potencialidades],</p>	<p>27/09 Segundo cuidadoras contratadas, Sr. R. encontra-se recetivo a proceder às modificações necessárias no domicílio, para maior mobilidade da Srª. E. (realizado algum trabalho de capacitação das cuidadoras).</p> <p>2/10 Nenhuma das cuidadoras contratadas apareceu após a auxiliar</p>

		<p>do Sr. R. e das cuidadoras contratadas.</p> <p>4. Colaborar com Assistente Social, se necessário.</p> <p>5. Advogar pela Sr^a. E. [reportar situação junto de entidades competentes], se necessário.</p>	<p>da SCML lhe ter prestado os cuidados de higiene.</p> <p>3/10 Realizada visita surpresa (1^a): Sr. R. saiu logo do domicílio. À chegada ao quarto, encontrada Sr^a. E. urinada na cama, sem lhe ter sido administrado pequeno-almoço ou medicação. Sem presença de nenhuma cuidadora contratada.</p> <p>9/10 Realizada visita surpresa (2^a): Sem nenhuma cuidadora nem o Sr.R. presente. Realizada articulação com TSS, tendo sido dado alerta sobre o não cumprimento do Sr. R. no processo de reabilitação.</p> <p>10/10 Realizado contacto telefónico com o Sr. R.. Abordado o facto da Sr^a. E. passar muito tempo sozinha, não lhe ser administrado pequeno-almoço/medicação/troca da fralda (cuidadoras não apareciam). Abordada necessidade de Sr. R. proceder a modificações no domicílio (que Sr. R. nunca chegou a efetuar) e de adquirir cadeira-de-rodas (que desde julho que havia sido</p>
--	--	---	---

			<p>solicitado).</p> <p>12/10 Sr. R. adquiriu cadeira de rodas, tendo sido possível realizar ensinios às cuidadoras contratadas sobre a transferência para cadeira-de-rodas.</p> <p>16/10 Planeado realizar treino de levante com cuidadora contratada (supervisão) e ida ao wc, para duche. Utente encontrada no chão (queda por volta 3h da manhã), com almofada na cabeça, sangue na face, urinada. Consciente, desorientada e com alucinações. Sr. R. terá abandonado o local, sem prestar auxílio nem chamar emergência médica. Colocada Sr^a. E. no cadeirão. Sr. R. regressou e, quando questionado, expulsou equipa de enfermagem de reabilitação do domicílio, impossibilitando diversas avaliações enfermagem. Na rua, contactado INEM. Polícia efetuou participação do ocorrido. Bombeiros encaminharam utente para o Serviço</p>
--	--	--	---

			Urgência Hospitalar. Enviado mail a notificar aos responsáveis do Centro de Saúde e ECCL e Saúde Pública. Encaminhada denúncia para investigação criminal.
--	--	--	--

. PLANO DE ALTA

Pretende-se que no momento da alta da ECCI, a Sr^a.E. apresente

13. Cognição melhorada [aumento no score do MiniMental State]
14. Equilíbrio melhorado (equilíbrio estático sentado e em posição ortostática, equilíbrio dinâmico sentado e em posição ortostático).
15. Risco de queda diminuído (score <26 da Escala de Morse), sem ocorrência de quedas
16. Padrão de mobilidade melhorada: força muscular esteja aumentada, realize levante e transferências diariamente (com capacitação das cuidadoras para tal).
17. Capacidade para alimentar-se de forma autónoma (se disponibilizados alimentos).
18. Capacidade para vestir a parte superior do corpo (se disponibilizada a roupa).
19. Capacidade para participar no banho (lavando a parte superior do corpo)
20. Ausência de Contractura Muscular
21. Comunicação/articulação efetiva com o Sr. R.

4.1 Motivo de Alta

Perante o ocorrido a 16/10 (descrito anteriormente), a Sr^a E. ficou internada no Hospital, por mais do que 1 semana. De acordo com os critérios obrigatórios da ECCI, foi atribuída alta à Sr^a. E. (mesmo sem os objetivos totalmente atingidos), encontrando-se ainda internada.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Avaliação do estado cognitivo (Mini Mental Examination)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 1
Em que mês estamos? 0
Em que dia do mês estamos? 0
Em que dia da semana estamos? 0
Em que estação do ano estamos? 0

Nota: 1

Em que país estamos? 0
Em que distrito vive? 1
Em que terra vive? 1
Em que casa estamos? 1
Em que andar estamos? 1

Nota: 4

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra 1
Gato 1
Bola 1

Nota: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 1 24 1 21 1 18 1 15

Nota: 3

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra /
Gato /
Bola /

Nota: 0

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio 1
Lápis 1

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita 0

Dobra ao meio 1

Coloca onde deve 1

Nota: 2

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fez os olhos 0

Nota: 0

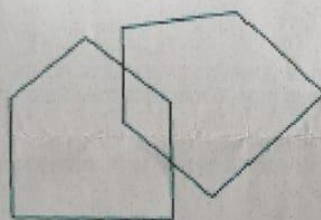
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 0

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:



Nota: 0

TOTAL (Máximo 30 pontos): 16

Considera-se com deficiente cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

13470
nit. regular
70%

Apêndice 2 – Avaliação Qualitativa da Dor

Localização	Avaliação Dor	Fatores de Agravamento	Fatores de Alívio
Reto femoral à esquerda	25/09 Moderada	Flexão do joelho, carga Membro inferior	Exercícios de alongamento muscular, calor, massagem
	2/10 Sem dor	-----	
	12/10 Ligeira a moderada	Flexão do joelho, carga Membro inferior	
Gastrocnêmio à esquerda	25/09 Moderada	Extensão do joelho, com flexão plantar	
	2/10 Dor ligeira		
	12/10 Dor ligeira a moderada		

Apêndice 3 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Tônus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	0	
	Rotação	0	
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos da mão	Flexão/extensão,	0	0
	Abdução/adução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência polegar	0	0
Punho	Flexão/extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundação	0	0
Antebraço	Pronação/supinação	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo
Dedos do pé (esquerdo)	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
Tibiotársica (esquerdo)	Dorsiflexão/flexão plantar	0	0
	Inversão/eversão	0	0
Joelho (esquerdo)	Flexão/extensão	0	0
Coxofemoral	Flexão/extensão,	0	0
	Adução/abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0

Apêndice 4 – Avaliação da Força Muscular Escala Medical Research Council)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular		
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5		
	Inclinação lateral	5/5		
	Rotação	5/5		
Membros Superiores	Movimento	Direito	Esquerdo	
Dedos da mão	Flexão/extensão,	5/5	5/5	2/5
	Abdução/adução	5/5	5/5	2/5
	Circundação	5/5	5/5	2/5
	Oponência polegar	5/5	5/5	2/5
Punho	Flexão/extensão	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial/cubital	5/5	5/5	5/5
	Circundução	5/5	5/5	5/5
Antebraço	Pronação/supinação	5/5	5/5	
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5	5/5	
Escapulo-umeral	Elevação/depressão,	5/5	5/5	
	Adução/abdução	5/5	5/5	
	Rotação interna/externa	5/5	5/5	
Membros Inferiores	Movimento	Direito	Esquerdo	
Dedos do pé	Flexão/extensão,	5/5	5/5	
	Adução/abdução	5/5	5/5	
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	4/5	4/5	
	Inversão/eversão	4/5	4/5	
Joelho	Flexão/extensão	4/5	1/5	
Coxofemoral	Flexão/extensão,	4/5	1/5	
	Adução/abdução	4/5	1/5	
	Rotação interna/externa	4/5	1/5	

Apêndice 5 – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Avaliado em contexto comunitário (casa DA Srª. E.)	
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita	
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência	

Apêndice 6 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Apêndice 7 – Avaliação da Dependência (Escala de *Barthel*)

1. Alimentação	
10) Independente	
5) Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	
0) Dependente	X
2. Transferências	
15) Independente	
10) Precisa de alguma ajuda	
5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	X
3. Toalete	
5) Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
4. Utilização do WC	
10) Independente	
5) Precisa de alguma ajuda	
0) Dependente	X
5. Banho	
5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
6. Mobilidade	
15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	
10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
0) Imóvel	X
7. Subir e descer escadas	
10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	
5) Precisa de ajuda	
0) Dependente	X
8. Vestir	
10) Independente	
5) Com ajuda	
0) Impossível	X
9. Controlo Intestinal	
10) Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X
5) Acidente ocasional	
0) Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
10. Controlo urinário	
10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	

5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	X
TOTAL	10

Apêndice 21 – Trabalhos submetidos nas IV Jornadas Cuidados Respiratórios

Poster “EFETIVIDADE DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO PERANTE A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: APLICAÇÃO DO NURSING ROLE EFFETIVENESS MODEL”

Sara Varão, Cristina Saraiva

Apresentação: Sara Cristina Tavares Varão, Enfermeira

Introdução: A efetividade do enfermeiro de reabilitação (ER) tem surgido como uma das áreas prioritárias a desenvolver (ACEER, 2015). O *Nursing Role Effectiveness Model* baseia-se num modelo de estrutura-processo-resultado que visa responder à qualidade dos cuidados (Doran, 2011) . Urge comprovar a efetividade face à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Objetivo: Analisar a evidência sobre a efetividade do ER face a pessoa com DPOC, à luz do *Nursing Role Effectiveness Model*.

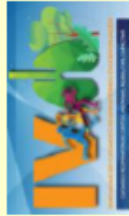
Métodos: Procedeu-se a uma revisão sistemática. Recorreu-se ao método PI[C]O para definir a pergunta de investigação “Qual a efetividade do ER na pessoa com DPOC?”. Definiram-se como critérios de inclusão: pessoa com DPOC, intervenção do ER, em qualquer contexto, estudos quantitativos ou qualitativos, publicados entre 2013-2018, em inglês. Definiu-se a expressão booleana (*impact*) AND (*nurse*) AND (*chronic obstructive pulmonary disease*) e procedeu-se à pesquisa na *CINAHL Plus*, *MEDLINE*, *Academic Search Complete*, *Business Source Complete*, *MedicaLatina*, *Chrocrane Central Register of Controlled Trials*), ficando com um corpus de análise de 6 artigos, sujeitos a avaliação da qualidade metodológica.

Resultados: Destacou-se a diversidade da intervenção independente do ER (Componente “Processo”) (COPD-GRIP, consulta telefónica, modelo de cuidados com enfermagem respiratória, avaliação da necessidade de oxigenoterapia). A Componente “Resultados” traduziu-se ao nível do Controlo Sintomático (redução de readmissões, redução do tempo de internamento, aumento do controlo da DPOC, aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde), bem como ao nível do Status Funcional e Autocuidado (melhoria das atividades de vida diária).

Conclusões: Procurou-se evidenciar os resultados da intervenção do ER. Evidenciaram-se ganhos no *status* funcional, autocuidado e controlo sintomático, verificando-se uma relação direta entre a atuação do ER e a redução dos custos com internamentos, meios complementares de diagnóstico, medicação e profissionais de saúde (reduzindo os encargos financeiros das instituições) e comprovando, assim, a efetividade do agir do ER.

Referências Bibliográficas:

- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Porto
- Champion, R., Hall, T., & Tori, K. (2015). Home oxygen therapy assessment for COPD patients discharged from hospital: Respiratory NP Model of Care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 17-25.
- Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). Avoiding hospital admission in COPD impact of a specialist nursing team. *British Journal of Nursing*, 26(3), pp. 152-158.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of Science* (2nd edition ed.). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Weldam, S. W., Schuurmans, M. J., Zanen, P., Heijmans, M. J., Sachs, A. P., & Lammers, J.-W. J. (2017). The effectiveness of a nurse-led illness perception intervention in COPD patients: a cluster randomised trial in primary care. *ERJ Open Res*, 3, pp. 1-13.



Efetividade do Enfermeiro de Reabilitação perante a Pessoa com DPOC: Aplicação do *Nursing Role Effectiveness Model*



SARA VARÃO¹; CRISTINA SARAIVA²

1. RN; MSc Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central, 215811583, 916715816, svarao@campus.esel.pt

2. RN; MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL

INTRODUÇÃO

1. A investigação relativa à efetividade do Enfermeiro de Reabilitação (ER) tem surgido como uma das áreas prioritárias a desenvolver (ACEER, 2015).
2. O *Nursing Role Effectiveness Model* baseia-se num modelo de estrutura-processo-resultado que visa responder à qualidade dos cuidados (Doran, 2011).
3. Urge comprovar a efetividade da Enfermagem de Reabilitação face à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

OBJETIVO

Analisar a evidência sobre a efetividade do ER face a pessoa com DPOC, à luz do *Nursing Role Effectiveness Model*.

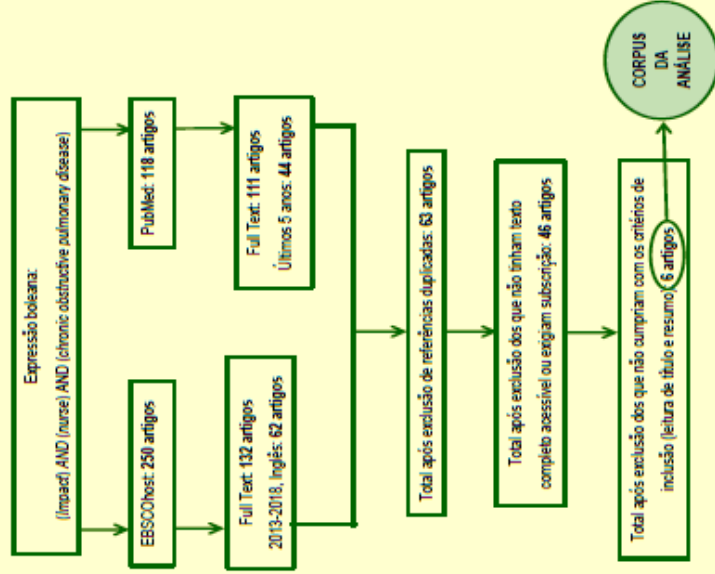
METODOLOGIA

Elaboração da Revisão Sistemática

Recorreu-se ao método P[IC]O para definir a pergunta de investigação "Qual a efetividade do ER na pessoa com DPOC?".

Definição de Critérios de Inclusão

1. Tipo de Participantes: Pessoa com DPOC
2. Tipo de Intervenção: Intervenção do ER
3. Contexto: Qualquer contexto
4. Tipo de Estudo: Qualitativos e Quantitativos
5. Publicação: 2013 a 2018
6. Idioma: Inglês

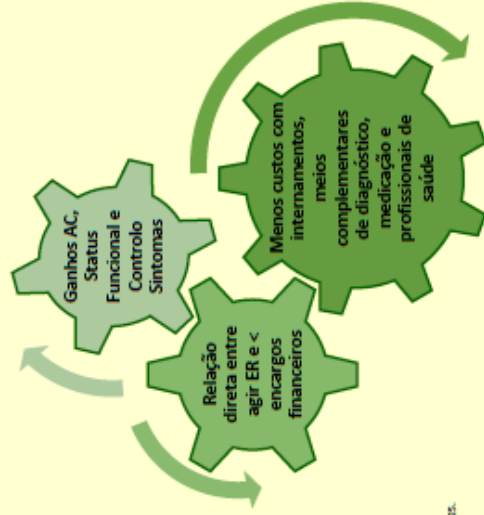


Referências Bibliográficas

- Associação do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Área de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Ordem dos Enfermeiros*. Porto: Associação do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Respiratory NP Model of Care*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 17-25.
- Champion, L., Hall, T., & Tori, K. (2015). *Home oxygen therapy assessment for COPD patients discharged from hospital*. *Respiratory NP Model of Care*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 17-25.
- Cox, R., Medford, S. C., Stey, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). *Avoiding hospital admission in COPD: Impact of a specialist nursing team*. *British Journal of Nursing*, 28(2), pp. 122-128.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of Science (2nd edition vol.1)*. United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Walden, S. W., Schuurman, M. J., Zaman, P., Heijmans, M. J., Sachs, A. P., & Lammert, J.-W. I. (2017). *The effectiveness of a nurse-led illness perception intervention in COPD patients: a cluster randomised trial in primary care*. *BMJ Open Res*, 3, pp. 1-13.

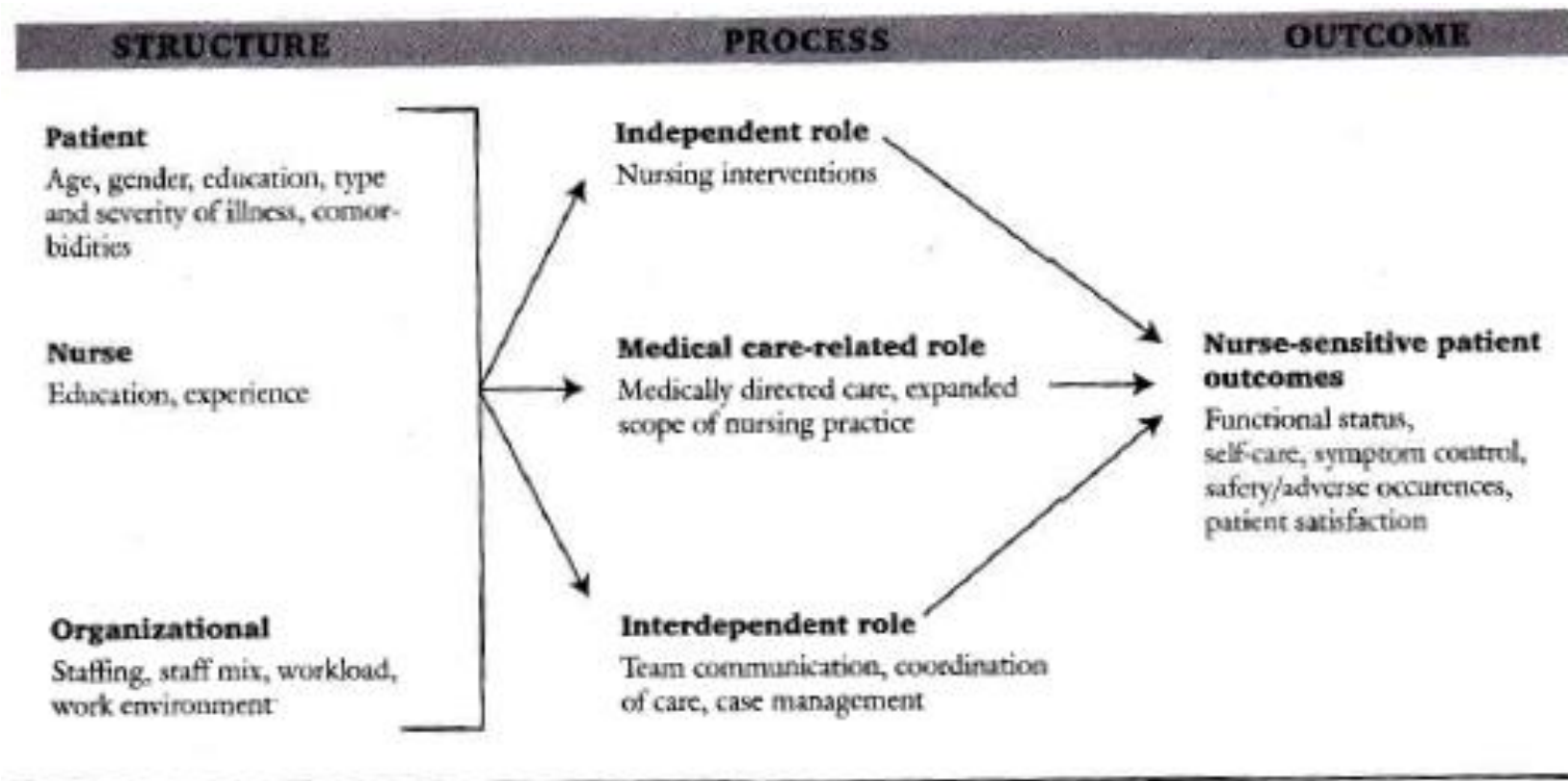


CONCLUSÕES



ANEXOS

Anexo 1 – Nursing Role Effectiveness Model



(Doran, 2011)

Anexo 2 - *London Chest Activity Daily Living Scale* (versão portuguesa)

Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido durante estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades (ver Instruções na página de trás):

Parâmetros	Data	
	___/___/2012	___/___/2012
Cuidado Pessoal		
Enxugar-se		
Vestir a parte superior do tronco		
Calçar os sapatos / meias		
Lavar a cabeça		
Cuidado doméstico		
Fazer a cama		
Mudar o lençol da cama		
Lavar janelas / cortinas		
Limpeza / limpar o pó		
Lavar a louça		
Utilizar o aspirador / varrer		
Atividade Física		
Subir escadas		
Inclinar-se		
Lazer		
Andar em casa		
Sair socialmente		
Falar		

Quanto a sua respiração o prejudica nas suas atividades do dia-a-dia?

Muito		
Um pouco		
Não prejudica		

Fonte:

<file:///C:/Users/HP/Desktop/Enfermagem/Artigos%20e%20documentos%20cient%C3%ADficos/Instrumentos%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Liliana%20Silva.pdf>

Anexo 3 – *COPD Assessment Tool* (versão portuguesa)

O seu nome:

Data de hoje:



Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™–CAT)

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de seleccionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estou muito triste

		PONTUAÇÃO	
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	<input type="text"/>
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma pressão no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	<input type="text"/>
			PONTUAÇÃO TOTAL <input type="text"/>

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Fonte: <http://www.scielo.br/img/revistas/jbpneu/v43n4//1806-3713-jbpneu-43-04-00290-ch4.jpg>

**Anexo 4 – Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de
Pneumologia**



HSM



HPV

Identificação do doente

Folha nº _____

Cama nº _____

SERVIÇO _____

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DATA		I		F		I		F		I		F		I		F	
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)																
	Frequência Respiratória (c.p.m.)																
	Saturações (%)																
	Tensão Arterial (mmHg)																
	Dor - Localização																
Pele e mucosas (Coradas, Descoradas, Cianosadas, Ictéricas)																	
Edemas (Sim, Não)																	
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, Mecânica)																
	Simetria torácica																
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática																
	Ritmo (regular, irregular)																
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)																
Sintomas	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal																
	Tosse, Expectoração, Cansaço																
Palpação	Elasticidade (Mantida, Diminuída)																
	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)																
Percussão	Maciez, Timpanismo																
Auscultação	Murmúrio Vesicular	1/3 sup															
		1/3 méd															
		1/3 inf															
	Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup															
		1/3 méd															
		1/3 inf															

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA					VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA					VENTILAÇÃO EXPONTÂNEA				
DATA					DATA					DATA				
Modalidade Ventilatória					Modalidade					O2 l/m				
FiO2					IPAP					VmkFio2				
F.resp.					EPAP					Aerossol				
Vol. total inspirado					FIO2									
Vol. total expirado					Volume/m									
Peep					F. Respir.									

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096 01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



AVALIAÇÃO DA DISPNEIA		DATA			
Escala de Borg					
Escala de Dispneia classificada 4 graus					
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEDAÇÃO					
Escala de Ramsay					

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA												
			DATA									
Posição de descanso e relaxamento												
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios												
Exercícios de Reeducação globais e selectivos	Abdomino-diafragmática	Global										
		Porção posterior c/ e s/ resistência										
		Hemicúpula direita										
		Hemicúpula esquerda										
	Costal	Porção anterior c/ e s/ resistência										
		Global c/ bastão										
		Lateral direito c/ abdução do MS										
		Antero-lateral direito c/ ; s/ resistência										
		Lateral Esquerdo c/ abdução do MS										
		Antero-lateral Esquerdo c/ ; s/ resistência										
Mobilização escapulo-umeral	Postero-lateral direita c/s/ resistência											
	Postero-lateral esquerda c/s/ resistência											
Drenagem Postural	Lobo Superior	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
Modificada	Lobo Médio											
	Lobo Inferior											
Manobras acessórias; Percussão; Vibração; Compressão												
Terapêutica de Posição												
CATR (RA - ER - HUFF - TEF)												
Tosse	Dirigida; Assistida; Com Contenção de Sutura											
	Eficaz; Ineficaz; Aspiração de secreções											
Secreções	Quantidade: Abundante; Moderada; Escassa											
	Viscosidade: Fluidas ; Espessas											
	Características: Mucosas; Mucopurulentas; Amareladas; Rosadas; Hemáticas											

			DATA						
FLUTTER									
INSPIROMETRIA DE INCENTIVO									
COUGH ASSIST			Modalidade: Manual ; Automática						
			Pressão insuflação						
			Pressão exsuflação						
	Tempo		Insuflação						
			Exsuflação						
		Pausa							

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



AVALIAÇÃO											
Movimento Articular (assinalar apenas as alterações)		Data			Força Muscular			Data			
Pescoço	Rotação dtª / Esqª				Escala de Lower	MSD					
	Inclinação dtª / Esqª					MSE					
	Flexão					MID					
	Extensão					MIE					
Ombro	Flexão				Tónus muscular			Data			
	Extensão				Escala de Ashworth Modificada	MSD					
	Abdução					MSE					
	Adução					MID					
	Rotação interna					MIE					
Cotovelo	Rotação externa				Frequência de Espasmos			Data			
	Flexão				Escala de Penn	MSD					
	Extensão					MSE					
Supinação				MID							
Punho	Pronação				Escala de Penn	MIE					
	Flexão					Superficial	Térmica				
	Extensão						Táctil				
	D. cubital						Dolorosa				
Dedos da mão	D. radial				Profunda	Discriminativa					
	Flexão					Postural					
	Extensão					Vibratória					
	Abdução				Equilíbrio			Data			
	Adução				Sentado	Estático					
Oponência do polegar				Dinâmico							
Coxo femoral	Flexão				Em pé	Estático					
	Extensão					Dinâmico					
	Abdução				Equilíbrio			Data			
	R. interna				Sentado	Estático					
	R. externa					Dinâmico					
Joelho	Flexão				Equilíbrio			Data			
	Extensão				Em pé	Estático					
Tíbio-Tarica	Inversão					Em pé	Estático				
	Eversão				Dinâmico						
	Flexão Plantar				Equilíbrio			Data			
	Dorsi-flexão				Índice de Barthel						
Dedos do pé	Flexão					Escala de Braden					
	Extensão										
	Abdução										
Adução											

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro(a) : _____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt

